



SPHÈRES

# PROGRAMME SPHÈRES

## Formulaire de référence

### VOS COORDONNÉES

PRÉNOM	NOM	PRONOM.S
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TÉLÉPHONE	COURRIEL	FONCTION
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### INFORMATIONS DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE

PRÉNOM	NOM	PRONOM.S
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATE DE NAISSANCE	TERRITOIRE/QUARTIER	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

#### COORDONNÉES DE SON INTERVENANT-E SOCIAL-E

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ COURRIEL : \_\_\_\_\_

#### REEMPLIR CETTE SECTION SI LA PERSONNE RÉFÉRÉE **EST HÉBERGÉE** EN CENTRE DE RÉADAPTATION

CENTRE/FOYER	UNITÉ	TÉLÉPHONE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM DE L'ÉDUCATEUR-RICE DE SUIVI :	COURRIEL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

#### REEMPLIR CETTE SECTION SI LA PERSONNE RÉFÉRÉE **N'EST PAS HÉBERGÉE** EN CENTRE DE RÉADAPTATION

TÉLÉPHONE	À QUI APPARTIENT CE NUMÉRO?
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> PERSONNEL <input type="checkbox"/> AUTRE : _____
PRÉFÉRENCE DE CONTACT	POUVONS-NOUS LAISSER UN MESSAGE VOCAL?
<input type="checkbox"/> APPEL <input type="checkbox"/> MESSAGE TEXTE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**Bref résumé de la situation de la personne référée :**

Raisons pour lesquelles vous souhaitez la référer au programme Sphères spécifiquement.

**Est-ce qu'un signalement lié à la situation pour laquelle vous souhaitez référer cette personne a déjà été effectué ?**

Un signalement doit obligatoirement avoir été effectué préalablement à l'admission au programme Sphères.

- OUI, IL A ÉTÉ RETENU EN DATE DU : \_\_\_\_\_ .
- OUI, MAIS IL N'A PAS ÉTÉ RETENU.
- NON

**La personne référée semble-t-elle vouloir apporter un changement à sa vie?**

Questionnements, ambivalence, ouverture à échanger sur l'exploitation sexuelle, etc.

- OUI
- NON

**Pouvons-nous contacter la personne référée dès maintenant afin de lui présenter le programme Sphères?**

Connaissance du programme et de vos intentions de la référer.

- OUI, ELLE ATTEND VOTRE APPEL.
- OUI, MAIS ELLE NE CONNAÎT PAS LE PROGRAMME ET/OU MON INTENTION DE LA RÉFÉRER.
- NON, PARCE QUE : \_\_\_\_\_ .

**Autres informations pertinentes qui pourraient amener l'intervenant-e Sphères à adapter sa présentation du programme :**

Enjeux de santé mentale, enjeux ethnoculturels, fonctionnement général, etc.

---

Merci de renvoyer ce formulaire à l'adresse [coordospheres@enmarge1217.ca](mailto:coordospheres@enmarge1217.ca). Un message de confirmation vous sera envoyé par courriel dès que la référence sera prise en charge.