

DEMANDE DE SERVICE PTTCQ
Programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec

À REMPLIR PAR AVOCAT DÉFENSE

Date de la demande: _____

Usager: _____

Date de naissance: _____

Dossier légal: 500-01- _____

Avocat de la défense: _____

Numéro de téléphone: _____

À REMPLIR PAR CIUSSS (DOLLARD-CORMIER)

Évaluation IGT complétée

Évaluation IGT non-produite

Usager recommandé

Usager détenu

Usager non-recommandé

Usager en liberté

Commentaires: _____

Signature intervenant: _____ Date: _____

À REMPLIR PAR USAGER

J'accepte l'évaluation proposée

J'accepte l'orientation

J'accepte l'échange d'informations entre les partenaires du PTTCQ

Signature usager: _____ Date: _____

SERVICE REQUEST CQATP
Court of Quebec addiction treatment program

TO BE COMPLETED BY DEFENSE ATTORNEY

Date of request: _____

Applicant: _____

Date of birth: _____

File number: 500-01- _____

Defense attorney: _____

Phone number: _____

TO BE COMPLETED BY CIUSSS (DOLLARD-CORMIER)

Completed IGT evaluation

Non produced IGT evaluation

Applicant recommended

Detained applicant

Applicant non-recommended

Non-detained applicant

Commentaries: _____

Conseleur's signature: _____ **Date:** _____

TO BE COMPLETED BY APPLICANT

I accept the evaluation

I accept the orientation

I accept the exchange of information between the CQATP partners

Applicant's signature: _____ **Date:** _____

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal

Québec 