

## Demande de soutien-conseil

*Service qui accompagne les équipes qui souhaitent améliorer leur intégration des soins et des services offerts aux personnes vivant des troubles concomitants.*

### Établissement

Nom de l'établissement et du site :

Nom du directeur.trice du programme concerné  
ou cadre responsable :

Adresse courriel :

Téléphone :

### Demande de soutien-conseil

Décrivez brièvement le projet pour lequel vous souhaitez obtenir du soutien-conseil du CECTC :  
(ex. : implantation de bonnes pratiques, transformation de l'organisation des soins et des services, définition ou révision d'une trajectoire de soins)  
(Maximum trois ou quatre phrases. Nous vous contacterons pour mieux comprendre le besoin par la suite.)

Identifiez l'objectif principal de votre projet :

Décrivez brièvement vos attentes à l'égard de l'accompagnement du CECTC :

## Équipe

Identifiez les secteurs (services, équipes, etc.) impliqués dans la réalisation de ce projet :

Indiquez le nom et les coordonnées de la personne-ressource responsable des communications avec le CECTC (porteur de projet) :

Indiquez le nom et les coordonnées du gestionnaire responsable impliqué dans la démarche de soutien-conseil :

Indiquez le nom et les coordonnées du représentant médical impliqué dans la démarche de soutien-conseil (cogestionnaire médical, chef de département, chef de service, personne déléguée) :

Indiquez les noms et les professions des autres personnes impliquées dans la démarche de soutien-conseil :

## Échéancier

Indiquez l'échéancier envisagé (approximativement) :

Mois souhaité pour débiter la démarche :

## Signatures

Directeur.trice du programme concerné ou cadre responsable :

Responsable médical/chef psychiatrie :

Porteur de projet :

Date :

\*Acheminer la demande à [soutien.conseil.cectc.chum@ssss.gouv.qc.ca](mailto:soutien.conseil.cectc.chum@ssss.gouv.qc.ca)