



PROGRAMME DU TRIBUNAL DU MIEUX-ÊTRE
Plan de suivi post-traitement

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT		
Nom :	Date de naissance :	
Adresse :	N° de la personne-ressource :	
Date de début du programme :	Date de fin du programme :	Suivi de post-traitement offert jusqu'au :

COORDINATION DES SERVICES				
Nom :	Lien :	<i>Date de notification de l'achèvement du programme</i>	<i>Date de signature du consentement à communiquer les renseignements</i>	Coordonnées :
	Gestionnaire de cas, Tribunal du mieux-être	S. O.	S. O.	767-9249
	Conseiller			
	Soutien personnel			
	(Soutien de la collectivité)			
	(Autre soutien)			
	(Fournisseur de services)			

--	--	--	--	--

OBJECTIFS			
	Objectifs à court terme	Mesures à prendre	Soutiens pour m'aider à atteindre ces objectifs
1.			
2.			
3.			

OBJECTIFS			
	Objectifs à long terme	Mesures à prendre	Soutiens pour m'aider à atteindre ces objectifs
1.			

2.			
----	--	--	--

CRISE ET SOUTIEN		
Les déclencheurs ou les situations pour lesquels j'ai encore besoin de soutien sont les suivants :		
Déclencheur	Ce que je peux faire dans l'instant	Qui je peux appeler pour avoir de l'aide
Récupération du chèque d'aide au revenu		
Visite de membres de la famille en état d'intoxication		
Contact d'un ex-partenaire		

Ce que je veux me rappeler :

Renseignements pertinents sur le participant en tant que personne autochtone, le cas échéant

Signatures	
Participant :	Date :
Gestionnaire de cas :	Date :
Gestionnaire du Tribunal du mieux-être :	Date :