Québec

000

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

DEMANDE DE SERVICES DI-TSA-DP
TERRITOIRE DE LA MONTÉRÉGIE

Références			
☐ **Vers les services spécifiques DI-TSA** ☐ **Vers les services spécialisés DI-TSA** ☐ **Vers les services spécifiques DP 0-21 ans**			
Identification et coordonnées de l'usager			
Langue parlée : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autres :		☐ Féminin	☐ Masculin
Diagnostic principal :			
Adresse :		App. :	
Ville :	Code postal :		
Téléphone domicile :	Téléphone travail :		
Téléphone cellulaire :	Courriel :		
Si hypothèse du trouble du spectre de l'autisme (TSA)			
L'enfant est-il inscrit en liste d'attente pour une clinique d'évaluation TSA?		☐ Oui	☐ Non
Identification des parents			
☐ Mère ☐ Père	Nom :	☐ Mère ☐ Père	Nom :
	Prénom :		Prénom :
Adresse : ☐ Cochez si identique à celle de l'autre parent		Adresse :	
Ville :		Ville :	
Code postal :		Code postal :	
Téléphone :		Téléphone :	
Autre téléphone :		Autre téléphone :	
Courriel :		Courriel :	
Langue : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autres :		Langue : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autres :	
Représentant légal / Régime de protection ☐ S/O			
Nom :		Prénom :	
Téléphone :		Lien :	

Nom : _____ Prénom :_____ N^{o} dossier : _____

Direction de la protection de la jeunesse ☐ S/O	
Intervenant de la protection de la jeunesse impliqué au dossier :	
Titre :	Téléphone :
Motif de la référence (attentes de l'usager et de la famille) *(si l'espace ci-dessous est insuffisant, S.V.P. joindre une annexe à la demande de services)*	
Besoins identifiés par le référent *(si l'espace ci-dessous est insuffisant, S.V.P. joindre une annexe à la demande de services)*	
Habitudes de vie réalisées par l'usager Décrire les principales situations de handicap et habitudes de vie perturbées pour lesquels le service est sollicité *(Autonomie personnelle : AVQ- alimentation-habillage… / Déplacement / Autonomie sociale : communication- interactions sociales-loisirs/ Autonomie socio-résidentielle-AVD-entretien…/ Autonomie scolaire ou socio-professionnelle-occupationnel) :*	

Nom : _____ Prénom :_____ N^{o} dossier : _____

Besoin de nature comportementale

Décrire les problématiques comportementales actuelles ayant un impact sur les activités quotidiennes, les habitudes de vie et la participation sociale de l'usager.

IMPORTANT : Décrire les comportements problématiques, leur intensité, fréquence, durée, contexte.

☐ Non applicable

Facteurs environnementaux

Décrire les facteurs environnementaux ayant un impact sur la réalisation des activités quotidiennes/habitudes de vie de l'usager/participation sociale *(situation familiale, milieu de vie fréquenté, soutien de l'entourage, accès à des ressources, etc.)*

Historique de services significatifs
(si l'espace ci-dessous est insuffisant, SVP joindre une annexe à la demande de services)

Services antérieurs significatifs à la demande. Décrire les grandes lignes du service reçu, des résultats obtenus et des limites à l'intervention *(inclure le plan d'intervention (PI) en pièce jointe)* :

Si pas de services antérieurs, justifier la demande :

Suivis médicaux, services de santé et services sociaux pertinents actuels :
☐ Non applicable

Nom : _____ Prénom :_____ N° dossier :_____

Identification des rapports joints ***(joindre tous les documents pertinents permettant une décision d'admissibilité, d'orientation et de priorisation)***		
☐ Plan d'intervention	☐ Rapport diagnostique	☐ Autres :
☐ Bilan d'intervention	☐ Rapport d'évaluation professionnelle	☐ OEMC

Partage d'informations en Montérégie

☐ L'usager ou son représentant est informé que les trois Centres intégrés de santé et des services sociaux (CISSS) travaillent de façon intégrée en DI-TSA-DP (CISSS de la Montérégie-Ouest, de la Montérégie-Centre et de la Montérégie-Est). Donc, ils peuvent communiquer des renseignements le concernant entre eux dans le but d'orienter les soins et les services requis par ses besoins ou ceux de la personne représentée.

Si l'usager refuse que ce partage d'informations, cocher ici : ☐

Référent / Personne ayant complété la demande

Nom :		Prénom :	
Titre d'emploi :		Téléphone :	
Établissement/Direction/Programme :			
Signature du professionnel*:		Date :	

**Pour utiliser les champs de signature électronique, veuillez ouvrir ce formulaire dans Adobe Reader. À défaut, vous pouvez l'imprimer, le signer manuellement, puis le numériser.*

Nom : _____ **Prénom :**_____ **N° dossier :** _____

Destinataires
CISSS de la Montérégie-Centre ☐ Haut-Richelieu-Rouville Courriel : di-dp-ted.cssshrr16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 349-8969 ☐ Champlain-Charles-Le Moyne Courriel : di-tsa-dp.csssmc16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 445-6754 ☐ Institut Nazareth et Louis-Braille Courriel : service.aeo.inlb@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 463-0243
CISSS de la Montérégie-Est ☐ Richelieu-Yamaska Courriel : guichet.ditsadp.ry.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 536-6368 ☐ Pierre-Boucher Courriel : guichet.ditsadp.pb.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 928-6464 ☐ Pierre-de-Saurel Courriel : guichet.di.tsa.dp.pds.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 746-1822
CISSS de la Montérégie-Ouest ☐ Services spécifiques • Jardins-Roussillon • Vaudreuil-Valleyfield-Ormstown Courriel : guichet-acces.di-tsa-dp.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 635-1865 ☐ Services spécialisés Courriel : guichet-acces.di-tsa-dp.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 635-1865