

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 AAAAA-MM-JJ
 NAM : _____ Exp. _____
 AAAAA-MM
 Nom de la mère : _____

DEMANDE DE SERVICE CLINIQUE TROUBLES COMPLEXES DU DÉVELOPPEMENT

Date de la demande: _____
 aaaa/mm/jj

RÉFÉRENT :

Nom du référent :		Fonction :
Nom de l'établissement :		Téléphone :
Adresse :		Télécopieur :
Ville :	Code postal :	Courriel :
☐ Tous les rapports pertinents à cette demande sont acheminés avec cette demande de service		

RENSEIGNEMENTS SUR L'USAGER

Adresse :		Téléphone domicile :
Ville :	Code postal :	Cellulaire :
Age :		Courriel :
Langue: ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre:		

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS/REPRÉSENTANT LÉGAL

Est-ce que les parents sont séparés: ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que la garde est partagée : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom du parent ayant la garde de l'enfant :

Nom :	☐ Parent	☐ Représentant légal
DDN : AAAAA/MM/JJ	Téléphone domicile :	
Adresse :	Cellulaire :	
Ville :	Code postal :	Courriel :
Nom :	☐ Parent	☐ Représentant légal
DDN : AAAAA/MM/JJ	Téléphone domicile :	
Adresse :	Cellulaire :	
Ville :	Code postal :	Courriel :

Si l'utilisateur vit en famille d'accueil

Nom du responsable :	Téléphone domicile :
Adresse :	Cellulaire :
Ville :	Code postal : Courriel :

Nom :Prénom :# Dossier :

Est-ce que le jeune est suivi par les Centres Jeunesse☐ Oui☐ Non

Nom et coordonnées de l'intervenant (si connus) :_____

AUTORISATION

☐ J'ai _____ obtenu le consentement verbal ou écrit du parent ou représentant légal pour

Nom du référent

faire parvenir cette demande de service à la Clinique régionale des troubles complexes du développement et à échanger toute l'information pertinente en lien avec cette demande.

MOTIF DE RÉFÉRENCE : Veuillez décrire le motif de référence et préciser les impacts sur le fonctionnement de l'enfant justifiant la demande d'évaluation

DIAGNOSTICS : Veuillez préciser les diagnostics ou hypothèses diagnostics pertinents et nécessitants une évaluation approfondie par l'équipe CRETCD

DÉMARCHES ENTREPRISES : Veuillez nous décrire les services reçus actuellement, antérieurement (si connus) et en attente

Dates	Professionnel / Organisme (audiologie, psychologie, service social, psychoéducation, ergothérapie, orthophonie, centre jeunesse, centre de réadaptation, hôpitaux, commission scolaire, milieu de garde autres

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____

☐ F
☐ M

AAAA-MM-JJ

NAM : _____
Exp. _____

AAAA-MM

Nom de la mère : _____

DEMANDE DE SERVICE
CLINIQUE TROUBLES COMPLEXES DU DÉVELOPPEMENT

Actuellement l'usager présente des difficultés :
☐ À la maison
☐ À l'école
☐ En milieu de garde

Pour les cas d'hypothèse d'un trouble du spectre de l'autisme ou d'un retard global de développement, précisez si une demande de service a été faite ou sera faite auprès d'un centre de réadaptation.

☐ CRDITSA
☐ CRDP
☐ Autres : _____

AUTRES COMMENTAIRES :

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____

aaaa/mm/jj

Nom :

Prénom :

Dossier :

☐ Tous les rapports pertinents à cette demande sont acheminés avec cette demande de service

FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE ET LES DOCUMENTS PERTINENTS À LA DEMANDE À :	
Par courriel :	cretcd.crditedme16@ssss.gouv.qc.ca
Par télécopieur :	450 647-1953
Par la poste :	388, rue Lamarre, Longueuil, (Québec), J4J 1T2
Pour nous rejoindre par téléphone :	450 647-1123 poste 2200

RÉSERVÉ À L'ADMISSION	
Date de réception de la demande :	☐ Accepté
Date réseau considérée :	☐ Refusé Motif :
Commentaires :	