

Installation : _____

Dossier CLSC :	_____
Nom, Prénom :	_____
Date de naissance :	_____ ☐ F ☐ M aaaa-mm-jj
NAM :	_____ Exp. : _____ aaaa-mm
Nom de la mère :	_____

DEMANDE DE SERVICE EN JEUNESSE

Référent : Veuillez acheminer tous les rapports pertinents à cette demande de service complétée

RENSEIGNEMENTS SUR L'USAGER

Adresse de l'utilisateur :		Cellulaire :
Ville :	Code postal :	Courriel :
Nom du parent 1 :		Tél. domicile :
Adresse si différente de l'utilisateur :		Cellulaire :
		Courriel :
Nom du parent 2 :		Tél. domicile :
Adresse si différente de l'utilisateur :		Cellulaire :
		Courriel :
Représentant légal :		Adresse si différente de l'utilisateur :
☐ Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Autre (précisez)		
Nom du médecin de famille :		Coordonnées :
Nom de l'école ou du milieu de garde :		Coordonnées :
Langue: ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre (précisez) :		

CENTRES JEUNESSE

Le jeune est suivi par les Centres jeunesse ¹	☐ Non
Si oui ☐ RTS ² ☐ Évaluation/Orientation	☐ Application des mesures
Le statut de la demande aux Centres jeunesse est :	☐ en suivi ☐ en cours de fermeture
Nom et coordonnées de l'intervenant (si connus) :	

FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE ET LES DOCUMENTS PERTINENTS À LA DEMANDE :	
Par courriel :	guichetaccesjeunesse.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca
Pour nous joindre par téléphone :	1-888-556-3991

¹ L'autorisation écrite des parents est requise

² Réception traitement d'un signalement

Nom, prénom :

Dossier :

MOTIF DE RÉFÉRENCE : Veuillez décrire le motif de la référence et préciser les diagnostics connus

DÉMARCHES ENTREPRISES : Veuillez décrire ce qui a été fait jusqu'à présent pour répondre au besoin

SERVICES REÇUS ACTUELLEMENT ET ANTÉRIEUREMENT (si connus)

DATES	NOM DU PROFESSIONNEL ET TITRE D'EMPLOI (audiologie, psychologie, service social, psychoéducation, ergothérapie, orthophonie, nutrition, etc.)	ORGANISME/ÉTABLISSEMENT

PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE OU MENTALE CONNUS OU EN INVESTIGATION

MÉDICATION: ☐ Aucune médication

Veuillez énumérer les médicaments actuels et antérieurs (si connus)

NOM DES MÉDICAMENTS	POSOLOGIE	ACTUEL	ANTÉRIEUR	DATE
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (Ex : retard de langage, retard moteur, déficience intellectuelle, TDAH, difficultés d'apprentissage, maladies physiques et/ou mentales, problème de dépendances alcool et drogue, etc.)

*Veuillez préciser le lien avec l'utilisateur

ATTENTES FORMULÉES PAR L'USAGER/PARENTS/REPRÉSENTANT LÉGAL

L'utilisateur présente des difficultés : ☐ À la maison ☐ À l'école ☐ En milieu de garde
☐ Autre (précisez) : _____

Nom, prénom :

Dossier :

ATTENTES FORMULÉES PAR LE RÉFÉRENT

AUTRES COMMENTAIRES

SVP, COCHEZ LES MOTIFS DE RÉFÉRENCE AUX PROBLÉMATIQUES PERTINENTES À LA DEMANDE ACTUELLE

COMPOTEMENT/CONDUITE	
☐ Crises de colère/agressivité fréquentes	☐ Consommation/dépendance
☐ Opposition	☐ Absences fréquentes de l'école/milieu de garde
☐ Impulsivité	☐ Tics (moteurs ou verbaux)
☐ Défiance/provocation	☐ Énurésie/encoprésie
☐ Automutilation	☐ Hyperactivité
☐ Fugue	☐ Tentative de suicide
☐ Comportement sexualisé	☐ Routine difficile
☐ Démêlés avec la justice	☐ Autres (précisez) :
RELATION INTERPERSONNELLE	
☐ Relation conflictuelle avec la fratrie	☐ Relation parent-enfant conflictuelle
☐ Relation enseignant-élève conflictuelle	☐ Victime d'intimidation
☐ A peu ou pas d'ami(s)	☐ Isolement
☐ Conflit avec les pairs	☐ Interactions sociales difficiles
☐ Autres (précisez) :	
CONTEXTE FAMILIAL	
☐ Contexte de négligence	☐ Violence intrafamiliale
☐ Historique de placement/implication DPJ	☐ Faible réseau social
☐ Contexte de vulnérabilité	☐ Consommation/dépendance (famille)
☐ Conflits familiaux	☐ Transitions/changements difficiles
☐ Autres (précisez) :	
PENSÉES	
☐ Idées bizarres, hallucinations	☐ Idées d'homicide
☐ Idéations suicidaires	☐ Souvenirs traumatiques/cauchemars
☐ Image de soi	☐ Autres (précisez) :
HUMEUR ET ANXIÉTÉ	
☐ Dépression, tristesse	☐ Inquiétudes
☐ Irritabilité, susceptibilité	☐ Peurs, phobies
☐ Sentiment de désespoir	☐ Idées obsessionnelles, compulsions
☐ Instabilité émotionnelle	☐ Attaques de panique
☐ Évitement	☐ Autres (précisez) :

Nom, prénom :

Dossier :

DIFFICULTÉ DE DÉVELOPPEMENT AU NIVEAU :	
☐ Développement général	☐ Apprentissage
☐ Langage, parole, prononciation	☐ Attention et concentration
☐ Fluidité de la parole (bégaiement, etc.)	☐ Compréhension des questions, des consignes
☐ Compréhension des émotions	☐ Particularités sensorielles
☐ Capacité de communiquer ses besoins	☐ Sommeil (s'endort difficilement, etc.)
☐ Motricité fine (tenir ustensiles, colorier, dessiner, découper, attacher des boutons, etc.)	
☐ Motricité globale (ramper, marcher, courir, monter, descendre escaliers, etc.)	
☐ Fonctions exécutives	
MANQUE D'AUTONOMIE DANS : ☐ Habillement ☐ Alimentation ☐ Hygiène	
☐ Élimination, précisez : ☐ Autres (précisez) :	
NUTRITION	
☐ Naissance prématurée	☐ Allergies et intolérances alimentaires
☐ Surplus de poids/obésité	☐ Anémie/bilan sanguin anormal
☐ Symptômes des troubles alimentaires	☐ Autres (précisez) :
☐ Troubles du système digestif (RGO, constipation, diarrhée, etc.)	
☐ Difficultés à l'introduction de solides/progression dans les textures	
☐ Répertoire alimentaire restreint (sélectivité, refus, néophobie, repas difficile, inappétence, etc.)	
☐ Retard de croissance/perte pondérale/difficulté suivre sa courbe	

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉFÉRENT

Nom du référent et établissement :		Téléphone :
		Télécopieur :
Adresse :		Profession du référent :
Ville :	Code postal :	Courriel :
Si le référent est un médecin, numéro de permis :		
Signature du référent :		Date :

aaaa-mm-jj

AUTORISATION

Le jeune de 14 ans et plus, son parent ou son représentant légal autorise une rétroaction au référent quant à l'orientation de la demande incluant le dépistage Agir tôt : ☐ Oui ☐ Non

Le jeune, âgé de 14 ans et plus, consent à la demande de service ☐ Oui ☐ Non

Le parent du jeune de 14 ans et plus est informé de la demande de service ☐ Oui ☐ Non

En tant qu'utilisateur et/ou représentant légal, j'autorise _____ à faire parvenir la présente demande de service au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest et à échanger toute l'information pertinente en lien avec cette demande avec le guichet d'accès jeunesse.

Cette autorisation est valable pour une période de **120** jours à compter de la date de signature du présent document.

Signature de l'utilisateur, de son parent ou de son représentant légal : _____ Date : _____

aaaa-mm-jj

☐ **Autorisation verbale obtenue du jeune, de son parent ou de son représentant légal.**

Nom du professionnel qui a obtenu le consentement verbal : _____

FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE ET LES DOCUMENTS PERTINENTS À LA DEMANDE :	
Par courriel :	guichetaccesjeunesse.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca
Pour nous joindre par téléphone :	1-888-556-3991