|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEMANDE DE SERVICE**  **ÉQUIPE ACCÈS JEUNESSE** |  | # dossier :  (CLSC) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date : | AAAA | - | MM | - | JJ |  | PB  RY  PDS |

**RÉFÉRENT : VEUILLEZ ACHEMINER TOUS LES RAPPORTS PERTINENTS À CETTE DEMANDE DE SERVICE COMPLÉTÉE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du référent et établissement : | | Téléphone : |  |
|  | |
| Courriel : |  | Télécopieur : |  |

**RENSEIGNEMENTS SUR L’USAGER**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom de l’usager : | | | |  | | | | | | Date de naissance : | | AAAA | - | MM | | - | JJ | |  |
| Adresse de l’usager :  Ville :       Code Postal : | | | | | | | | | | No RAMQ : | |  | | | | | | | |
| Date expiration RAMQ : | | | AAAA | | - | MM | |  | |
| Téléphone : | |  | | | | | Courriel : | | |  | | | | | | | | | |
| Langue : | Français | | | | Anglais | Autre : | |  | | | | Nom de l’école ou du milieu de garde : | | | | | | | |
| Nom du médecin de famille : | | |  | | | | | |  | |  | | | | | | | | |
| Coordonnées : | | | | | | | | | Coordonnées : | | |  | | | | | | | |
| Grade scolaire: | | |  | | | | | | | |

**RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS/TUTEURS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Si les parents sont séparés, qui a la garde? | Nom du parent: |  | Garde partagée |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parent 1** | | | | | | | | |  | |  |  | |
| Nom : |  | | | | | | | | parent  tuteur | | Demandeur de services : | | Oui  Non |
| Prénom : |  | | | | | | | | Tél. domicile : |  | |
| Date de naissance : | | | | AAAA | | - | MM | - | JJ |  | Cellulaire : |  | |
| Adresse : | | |  | | | | | | | | Courriel : |  | |
| Ville : | | |  | | | | | | | |  |  | |
| **Parent 2** | | | | | | | | |  | |  |  | |
| Nom : |  | | | | | | | | parent  tuteur | | Demandeur de services : | | Oui  Non |
| Prénom : |  | | | | | | | | Tél. domicile : |  | |
| Date de naissance : | | | | | AAAA | - | MM | - | JJ |  | Cellulaire : |  | |
| Adresse : | |  | | | | | | | | | Courriel : |  | |
| Ville : | |  | | | | | | | | |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Section réservée à l’usage de la Protection de la jeunesse** | | |
| Niveau d’implication de la DPJ : Évaluation/Orientation Application des mesures | | |
| Alinéa retenu : | | |
| En évaluation  En suivi  En fermeture | Date prévue de fermeture : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Section réservée à l’usage des médecins** | |
| Nom et prénom du médecin traitant : |  |
| Numéro de permis : | |

|  |
| --- |
| **DEMANDE DE CONSULTATION** |
| Pédopsychiatre (Note : cette demande pourrait être redirigée vers la première ligne pour des services.) |
| Première ligne CLSC (santé mentale, psychosocial, développemental) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EXAMEN PHYSIQUE** | | |
| Cet enfant est-il connu pour des problèmes de santé physique? | Oui  Non | |
| Est-il connu pour des besoins sur le plan du développement?  Oui  Non | | Avec rapport détaillé?  Oui  Non |
| L’examen physique est-il dans les limites de la normale? | Oui  Non | |
| Veuillez préciser : | | |

|  |
| --- |
| **TESTS BIOLOGIQUES** |
| Y a-t-il eu un bilan sanguin ou test particulier?  Oui  Non (Si oui, joindre copie des résultats) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MÉDICATION** | | | | | | | |
| Y a-t-il une médication prescrite? | Oui  Non | | | | | | |
| Si oui, laquelle et posologie : | | | | | | | |
| Une consultation téléphonique avec un pédopsychiatre répondant pour un avis pharmacologique a-t-elle été effectuée?  Oui  Non | | Date : | AAAA | - | MM | - | JJ |
| Essais pharmacologiques antérieurs et raison de l’arrêt : | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’usager : |  | # Dossier (CLSC) : |  |

**BESOINS EXPRIMÉS PAR L’USAGER/PARENTS/TUTEUR** (et attentes, motivation…)

|  |
| --- |
|  |

**MOTIF DE RÉFÉRENCE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| Actuellement l’usager présente des difficultés : | À la maison | À l’école | En milieu de garde |

**IMPACTS SUR LE FONCTIONNEMENT ET/OU IMPACTS SUR LE DÉVELOPPEMENT**

|  |
| --- |
|  |

**DÉMARCHES ENTREPRISES PAR LE RÉFÉRENT**(stratégies tentées, médication, services en place…)

|  |
| --- |
|  |

**SVP COCHEZ LES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ ET/OU DE PROTECTION PERTINENTS À LA DEMANDE ACTUELLE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ** | | | | |
|  | Automutilation | |  | Consommation / dépendance |
|  | Fugue | |  | Rupture de fonctionnement de l’enfant ou du jeune |
|  | Rupture relationnelle | |  | Rupture de fonctionnement du parent |
|  | Expulsion/suspension/diminution de la  fréquentation école ou CPE | |  | Risque de violence imminente envers soi ou autrui |
|  | Violence intrafamiliale |
|  | Tentative de suicide | | ☐ | Idées d’homicide |
|  | Idéation suicidaire – précisez (idées, fréquence, etc. : | | ☐ | Autres : |
| **FACTEURS DE PROTECTION** | | | | |
|  | | Services déjà en place |  | Risques suicidaires déjà évalués |
|  | | Présence d’un réseau de soutien de qualité |  | Capacité du milieu à assurer la sécurité |
|  | | Conditions de vie stables |  | Stabilité relationnelle |
|  | | Utilisation des ressources de la communauté |  | Bonne capacité à répondre aux besoins |
|  | | Autres : | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 🡺 Signature et titre professionnel du référent : |  |

**CONSENTEMENT VERBAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pour l’usager de moins de 14 ans :**  L’autorité parentale consent à la demande de service. | Oui  Non |
| L’autorité parentale consent à ce que le résultat de la demande soit transmise au référent (services proposés ou refus). | Oui  Non |
| En tant qu’autorité parentale, j’autorise verbalement le référent à faire parvenir la présente demande de service au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est et à échanger toute l’information pertinente en lien avec cette demande. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pour l’usager de 14 ans et plus :**  Le jeune consent à la demande de service. | Oui  Non |
| Le jeune consent à ce que son parent soit contacté pour le rejoindre. | Oui  Non |
| Le jeune consent à ce que son parent soit informé de la demande de service. | Oui  Non |
| Le jeune consent à ce que le résultat de la demande soit transmise au référent (services proposés ou refus). | Oui  Non |
| En tant qu’usager, j’autorise verbalement le référent à faire parvenir la présente demande de service au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est et à échanger toute l’information pertinente en lien avec cette demande. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Faire parvenir le formulaire et les documents pertinents à la demande à :** | |
| Par courriel : | accesjeunesse.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca |
| Pour nous rejoindre par téléphone : | 1-844-918-0510 |