|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 lafréquentation 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 |