****

Formulaire de demande de service au   
CRDITED de la Montérégie-Est

**Date de la demande :** 2019-10-07

Référent

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom |  | Fonction | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Établissement |  | Nom du programme | Cliquez ici pour taper du texte. |
| N° téléphone |  |  |  |

N° Carte d’assurance-maladie et date d’expiration

***À défaut de nous fournir ces informations, nous ne pourrons ouvrir la demande de service.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NAM |  | Date d’expiration (Année-Mois) |  |

Renseignements généraux sur la personne

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | | | | | Prénom | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| Date de naissance | | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | Âge | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| Langue usuelle | ☒ Français ☐ Anglais  ☐ Autre Précisez. | | | | | Besoin interprète | | | ☐ Oui ☒ Non | |
| État civil : | ☒ Célib. ☐ Marié ☐ Union libre | | | | | Parentalité (Est-il père / mère?) | | | ☐ Si oui,  Combien d’enfants : | |
| Adresse | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | Ville | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| Province | Québec | | | | | Code postal | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| Milieu de vie : ☐ Vit seul ☒ Vit avec ses parents ☐ Vit avec sa mère ☐ Vit avec son père  ☐ Autre | | | | | | | | | | |
| N° tél. domicile | | Cliquez ici pour taper du texte. | | N° cellulaire | Cliquez ici pour taper du texte. | | | N° tél. travail |  | |
| Adresse courriel | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | | | |
| Milieu de garde | |  | | | | | | | | |
| Nom de l’école | |  | | | | | Niveau de scolarité | | | Maternelle |

Fratrie

☐ Desservie ☐ En attente

Régime de protection

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ☒ Aucun |  | | |
| ☐ Privé | Type de régime : ☐ Tutelle ☐ Curatelle | Représentant |  |
| ☐ Public | Type de régime : ☐ Tutelle ☐ Curatelle | Représentant |  |

Garde légale

☒ Mère et Père ☐ Père ☐ Mère ☐ Garde partagée ☐ Tuteur Depuis quelle date : Cliquez ici pour taper du texte.

Coordonnées des parents

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du père | Cliquez ici pour taper du texte. | | | Prénom du père | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| Langue usuelle | ☒ Français ☐ Anglais  ☐ Autre Précisez | | | Besoin interprète | | ☐ Oui ☒ Non | |
| Adresse | ☒ Même que l’usager | | | Ville | |  | |
| Province | Cliquez ici pour taper du texte. | | | Code postal | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| N° tél. domicile |  | N° cellulaire |  | | N° tél. travail | |  |
| Adresse courriel | - | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de la mère | Cliquez ici pour taper du texte. | | | Prénom de la mère | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| Langue usuelle | ☒ Français ☐ Anglais  ☐ Autre Précisez | | | Besoin interprète | | ☐ Oui ☒ Non | |
| Adresse | ☒ Même que l’usager | | | Ville | |  | |
| Province |  | | | Code postal | |  | |
| N° tél. domicile | ( | N° cellulaire |  | | N° tél. travail | |  |
| Adresse courriel |  | | | | | | |

Résumé de l’historique des services reçus et actuels (CSSS, CJM, Autres)

| **Établissement** | **Identification des services** | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actuels** | **Passés** | **En attente** |
| ☐ CRDITED | ☐ Précisez | ☐ Précisez | ☐ Précisez |
| ☐ CJM | ☐ Précisez | ☐ Précisez | ☐ Précisez |
| ☐ CMR | ☐ Précisez | ☐ Précisez | ☐ Précisez |
| ☐ CSSS (CH) | ☐ Précisez | ☐ Précisez | ☐ Précisez |
| ☐ CSSS CETED | ☐ Précisez | ☐ Précisez | ☐ Précisez |
| ☒ CSSS (CLSC) | ☐ Précisez | ☒ Précisez | ☒ Précisez |
| ☐ CH (hors territoire) | ☐ Précisez | ☐ Précisez | ☐ Précisez |
| ☐ CRETCD (clinique régionale d’évaluation des troubles complexes du développement) | ☐ Précisez | ☐ Précisez | ☐ Précisez |
| ☒ Autres : | ☒ Précisez O | ☐ Précisez | ☐ Précisez |

Description des besoins de services spécialisés

|  |
| --- |
| **DÉCRIRE LA SITUATION DE HANDICAP QUI VOUS AMÈNE À DEMANDER DES SERVICES DE 2E LIGNE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnostics | ☐ Déficience intellectuelle | **Documents obligatoires :**  ☐ Évaluation psychologique (WISC, WAIS, WPSSI, RAVEN, LEITER)  **et**  ☐ Échelle des comportements adaptatifs (pour la DI légère seulement) |
| ☒ Trouble du trouble du spectre de l’autisme (TSA) | ***Documents obligatoires :***  ☒ Évaluation psychiatrique ou pédopsychiatrique par une équipe multidisciplinaire pour 0-18 ans  **ou**  ☐ Évaluation psychiatrique pour 18 ans et plus  **ou**  ☐ Évaluation réalisée par un psychologue ou un neuropsychologue |
| Diagnostics provisoires | ☐ Retard global de développement | **Documents obligatoires :**  ☐ Évaluation multidisciplinaire  **ou**  ☐ Évaluations en orthophonie, ergothérapie et physiothérapie |
| ☐ Hypothèse TSA | ***Documents obligatoires :***  ☐ Évaluation de l’équipe multidisciplinaire (orthophoniste, ergothérapeute, psychoéducateur ou psychologue)  **ou**  ☐ Pré-évaluation d’un programme du CSSS  **et**  ☐ Inscrit ou en attente dans une clinique d’évaluation |

Aide-mémoire

**Pour une demande de service au CRDITEDME (services spécialisés)**

☒ Indiquer sur le formulaire le numéro d’assurance-maladie et la date d’expiration

☒ Joindre les documents obligatoires en lien avec le diagnostic et autres documents pertinents à la demande

☒ Adresse courriel de la personne ou représentant (pour transmettre notre décision, communication)

|  |  |
| --- | --- |
| **À FAIRE PARVENIR AU**  **CRDITED de la Montérégie-est, Bureau de Longueuil, Service AEO**  **1219, rue Maisonneuve, Longueuil (Québec) J4K 2S7**  **ou de préférence par courriel** | |
| **PPar courriel**  [**aeo.crditedme16@ssss.gouv.qc.ca**](mailto:aeo.crditedme16@ssss.gouv.qc.ca)  **Téléphone**  **450-670-3965, poste 2335** | **PPar courrier**  **CRDITED de la Montérégie-Est**  **Bureau de Longueuil – Service AEO**  **1219, rue Maisonneuve**  **Longueuil (Québec) J4K 2S7** |