****

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****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** |