

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 :
<input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Autre (précisez)		
Nom du médecin de famille :		Coordonnées :
Nom de l'école ou du milieu de garde :		Coordonnées :
Langue: <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		

CENTRES JEUNESSE

Le jeune est suivi par les Centres jeunesse ¹	<input type="checkbox"/> Non
Si oui <input type="checkbox"/> RTS ² <input type="checkbox"/> Évaluation/Orientation	<input type="checkbox"/> Application des mesures
Le statut de la demande aux Centres jeunesse est :	<input type="checkbox"/> en suivi <input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

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

Nom, prénom :

Dossier :

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