

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'utilisateur : _____ Date de naissance : _____ - _____ - _____
AAAA MM JJ

Adresse de l'utilisateur : _____ No RAMQ : _____

Ville : _____ Code Postal : _____ 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 Demandeur de services : Oui Non

Prénom : _____ tuteur Tél. domicile : _____

Date de naissance : _____ - _____ - _____ Cellulaire : _____
AAAA MM JJ

Adresse : _____ Courriel : _____

Ville : _____

Parent 2

Nom : _____ parent Demandeur de services : Oui Non

Prénom : _____ tuteur Tél. domicile : _____

Date de naissance : _____ - _____ - _____ Cellulaire : _____
AAAA MM JJ

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

Pédiopsychiatre (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

Veillez préciser : _____

Nom de l'utilisateur : _____

Dossier (CLSC) : _____

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 :

BESOINS EXPRIMÉS PAR L'USAGER/PARENTS/TUTEUR (et attentes, motivation...)

MOTIF DE RÉFÉRENCE

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

→ Signature et titre professionnel du référent : _____

CONSENTEMENT VERBAL**Pour l'utilisateur 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'utilisateur 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'utilisateur, 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.ciassme16@ssss.gouv.qc.ca

Pour nous rejoindre par téléphone : 1-844-918-0510