

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](mailto:accesjeunesse.ciassme16@ssss.gouv.qc.ca)

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