



**DEMANDE TRANSMISE À :**

- CR La Myriade
- CR Le Bouclier
- CSSSSL
- CSSSNL

**DE LA PART DE :**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Titre : \_\_\_\_\_  
 Programme : \_\_\_\_\_  
 Établissement : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Télécopieur : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DE L'USAGER**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ No. Ass. maladie : \_\_\_\_\_ Exp. : \_\_\_\_\_  
 Téléphone résidence : \_\_\_\_\_ Téléphone autre : \_\_\_\_\_  
 Type de milieu de vie : \_\_\_\_\_ Territoire CLSC : \_\_\_\_\_  
 Intervenant pivot : \_\_\_\_\_  
 Nom du père : \_\_\_\_\_ Nom de la mère : \_\_\_\_\_  
 Téléphone du père : \_\_\_\_\_ Tél. de la mère : \_\_\_\_\_  
 Garde légale : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
 Langue parlée : Français  Anglais  Autres   
 Mode de communication : Téléphone :  ATS :   
 Loi : LSSSS :  LPJ :   
 \* L'Usager ou son représentant consent à la référence et à la transmission de l'information à son sujet : Oui  Non

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET PROFESSIONNELS**

Diagnostic ou conclusion professionnelle confirmé :

Motifs de la demande :

Services en cours actuellement :

Services reçus antérieurement :

Médecin traitant :

## PROGRAMMES DE SOUTIEN OFFERTS À LA FAMILLE

	Demande en cours	Subvention obtenue
Allocations familiales supplémentaires :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien à la famille (SAF) répit/gardiennage :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocations directes (chèque emploi service) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocations transport/hébergement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Commentaires :</b>		

## ÉVALUATIONS PROFESSIONNELLES OU MÉDICALES PERTINENTES À LA DEMANDE

	Ci-joint	À recevoir
Rapport médical (neurologie, psychiatrie, optométrie, pédiatrie etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport psychosocial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation psychologique/neuropsychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation psychiatrique/pédopsychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation d'orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation de physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation en audiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation en ophtalmologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation de stage ou d'expérience de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation sommaire des activités de la vie quotidienne, s'il y a lieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport du dernier plan d'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport du dernier plan de services individualisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport d'évaluation interdisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, préciser : (PI, PSI, jugement du tribunal etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUES

**Incapacités concernant :**

- Le développement moteur
- Le développement de la communication
- Le développement cognitif
- Le développement de l'autonomie

**Problèmes de santé :**

- Aggravant les incapacités ou la situation
- Devant être résolus par des soins à court terme

 Préciser : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Problèmes connus :**

- Allergies,

Préciser : \_\_\_\_\_

**Éléments de vulnérabilité et situation psychosociale :**

- Environnement insalubres dangereux
- Idées suicidaires
- Violence/Négligence
- Isolement – insécurité
- Absence de ressources communautaires ou publiques
- Soutien naturel inapte ou inexistant
- Exclusion d'un milieu de vie
- Développement est compromis irrémédiablement
- Aidant tendu – fatigué – épuisé
- Autre : \_\_\_\_\_

Nom du référent :

Signature :

Date :