Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

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'usager :		Cellulaire :
Ville :	Code postal :	Courriel :
Nom du parent 1 :		Tél. domicile :
Adresse si différente de l'usager :		Cellulaire :
		Courriel :
Nom du parent 2 :		Tél. domicile :
Adresse si différente de l'usager :		Cellulaire :
		Courriel :
Représentant légal : ☐ Parent 1 ☐ Parent 2 ☐Autre (précisez)		Adresse si différente de l'usager :
Nom du médecin de famille :		Coordonnées :
Nom de l'école ou du milieu de garde :		Coordonnées :
Langue: ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre (précisez) :		

CENTRES JEUNESSE

Le jeune est suivi par les Centres jeunesse[1]		☐ Non	
Si oui ☐ RTS[2]	☐ Évaluation/Orientation	☐ Application des mesures	
Le statut de la demande aux Centres jeunesse est :		☐ en suivi	☐ 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

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**
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	

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'usager

ATTENTES FORMULÉES PAR L'USAGER/PARENTS/REPRÉSENTANT LÉGAL

L'usager présente des difficultés : ☐ À la maison ☐ À l'école ☐ En milieu de garde
☐ Autre (précisez) : _____

ATTENTES FORMULÉES PAR LE RÉFÉRENT

AUTRES COMMENTAIRES

SVP, COCHEZ LES MOTIFS DE RÉFÉRENCE AUX PROBLÉMATIQUES PERTINENTES À LA DEMANDE ACTUELLE

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

Nom, prénom : Dossier :

DIFFICULTÉ DE DÉVELOPPEMENT AU NIVEAU :	
☐ Développement général	☐ Apprentissage
☐ Langage, parole, prononciation	☐ Attention et concentration
☐ Fluidité de la parole (bégaiement, etc.)	☐ Compréhension des questions, des consignes
☐ Compréhension des émotions	☐ Particularités sensorielles
☐ Capacité de communiquer ses besoins	☐ Sommeil (s'endort difficilement, etc.)
☐ Motricité fine (tenir ustensiles, colorier, dessiner, découper, attacher des boutons, etc.)	
☐ Motricité globale (ramper, marcher, courir, monter, descendre escaliers, etc.)	
☐ Fonctions exécutives	

MANQUE D'AUTONOMIE DANS : ☐ Habillement	☐ Alimentation	☐ Hygiène
☐ Élimination, précisez :	☐ Autres (précisez) :	

NUTRITION	
☐ Naissance prématurée	☐ Allergies et intolérances alimentaires
☐ Surplus de poids/obésité	☐ Anémie/bilan sanguin anormal
☐ Symptômes des troubles alimentaires	☐ Autres (précisez) :
☐ Troubles du système digestif (RGO, constipation, diarrhée, etc.)	
☐ Difficultés à l'introduction de solides/progression dans les textures	
☐ Répertoire alimentaire restreint (sélectivité, refus, néophobie, repas difficile, inappétence, etc.)	
☐ 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'usager 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'usager, 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.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca
Pour nous joindre par téléphone :	1-888-556-3991