Québec

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

Installation : _____

DEMANDE DE SERVICE DI-TSA
TERRITOIRE DE LA MONTÉRÉGIE

☐ **Vers les services spécifiques DI-TSA (1re ligne)** ☒ **Vers les services spécialisés DI-TSA (2e ligne)**

Identification et coordonnées de l'usager			
Langue parlée : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autres :			☒ Féminin ☐ Masculin
Diagnostic principal :			
Adresse : app. :		Ville :	Code postal :
Téléphone au domicile :		Téléphone au travail :	
Téléphone cellulaire :		Courriel :	
Si hypothèse du trouble du spectre de l'autisme (TSA)			
L'enfant est-il inscrit en liste d'attente pour une clinique d'évaluation TSA? ☐ Oui ☒ Non			
Identification des parents			
☐ **Mère** ☐ **Père**	Nom : Prénom :	☐ **Mère** ☐ **Père**	Nom : Prénom :
Adresse : app. : ☐ Cochez si identique à celle de l'autre parent		Adresse : app. :	
Ville :	Code postal :	Ville :	Code postal :
Téléphone :		Téléphone :	
Autre téléphone :		Autre téléphone :	
Courriel :		Courriel :	
Langue : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autres :		Langue : ☒ Français ☐ Anglais ☐ Autres :	
Responsable légal / Régime de protection ☐ **S/O**			
Nom de famille :		Prénom :	
Téléphone :		Lien :	

Nom, Prénom : Dossier :

Direction de la protection de la jeunesse ☐ **S/O**	
Intervenant impliqué au dossier :	
Titre :	Téléphone :
Motif de la référence	
Attentes de l'usager et de la famille :	
Besoins identifiés par le référent : (*Aide-mémoire concernant l'illustration des besoins afin de s'assurer de bien faire ressortir la situation de handicap ou les habitudes de vie perturbées)	
Référent / Personne ayant complété la demande	
Nom :	Prénom :
Titre d'emploi :	Téléphone :
Établissement :	

Identification des rapports joints :

☐ Plan d'intervention ☐ OEMC* ☐ Rapport diagnostic*/** ☐ Autres :

☐ Bilan d'intervention ☐ SAFE* ☐ Rapport CETSA*

* Document obligatoire pour les services spécialisés

** Document obligatoire pour les services spécifiques

☐ L'usager ou son représentant légal consent à cette demande de service.

Signature :	Date : (aaaa-mm-jj)
Titre :	

Nom, Prénom : Dossier :

Destinataires	
CISSS de la Montérégie-Centre ☐ Haut-Richelieu-Rouville Courriel : di-dp-ted.cssshrr16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 349-8969 ☐ Champlain-Charles-Le Moyne Télécopieur : 450 445-6754 ☐ Institut Nazareth et Louis-Braille Courriel : service.aeo.inlb@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 463-0243 **CISSS de la Montérégie-Est** ☐ Richelieu-Yamaska Courriel : guichet.ditsadp.ry.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 536-6368 ☐ Pierre-Boucher Courriel : guichet.ditsadp.pb.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 468-9773 ☐ Pierre-de-Sorel Courriel : guichet.di.tsa.dp.pds.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 746-1822	**CISSS de la Montérégie-Ouest** ☐ Services spécifiques • Jardins-Roussillon • Valleyfield-Vaudreuil-Ormstown Courriel : guichet-acces.di-tsa-dp.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 635-1865 ☑ Services spécialisés Courriel : guichet-acces.di-tsa-dp.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 635-1865 **CIUSSS de l'Estrie** ☐ Services spécifiques • La Pommeraie Télécopieur : 450 266-0682 • Haute-Yamaska Télécopieur : 450 372-2558