

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

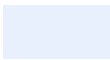
**DEMANDE DE SERVICE DI-TSA
TERRITOIRE DE LA MONTÉRÉGIE**

- Vers les services spécifiques DI-TSA (1^{re} ligne) Vers les services spécialisés DI-TSA (2^e ligne)

Identification et coordonnées de l'utilisateur			
Langue parlée : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres :		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Identification des parents			
<input type="checkbox"/> Mère	Nom :	<input type="checkbox"/> Mère	Nom :
<input type="checkbox"/> Père	Prénom :	<input type="checkbox"/> Père	Prénom :
Adresse : _____ app. : _____		Adresse : _____ app. : _____	
<input type="checkbox"/> Cochez si identique à celle de l'autre parent			
Ville : _____	Code postal : _____	Ville : _____	Code postal : _____
Téléphone :		Téléphone :	
Autre téléphone :		Autre téléphone :	
Courriel :		Courriel :	
Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres :		Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres :	
Responsable légal / Régime de protection <input type="checkbox"/> S/O			
Nom de famille :		Prénom :	
Téléphone :		Lien :	

Nom, Prénom :

Dossier :

Direction de la protection de la jeunesse <input type="checkbox"/> S/O			
Intervenant impliqué au dossier :			
Titre :	Téléphone :		
Motif de la référence			
Attentes de l'utilisateur 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 :			
<input type="checkbox"/> Plan d'intervention	<input type="checkbox"/> OEMC*	<input type="checkbox"/> Rapport diagnostic*/**	<input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Bilan d'intervention	<input type="checkbox"/> SAFE*	<input type="checkbox"/> Rapport CETSA*	* Document obligatoire pour les services spécialisés
** Document obligatoire pour les services spécifiques			
<input type="checkbox"/> L'utilisateur ou son représentant légal consent à cette demande de service.			
Signature : 		Date :	
Titre :		(aaaa-mm-jj)	

Destinataires	
<p>CISSS de la Montérégie-Centre</p> <p><input type="checkbox"/> Haut-Richelieu-Rouville Courriel : di-dp-ted.csshrr16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 349-8969</p> <p><input type="checkbox"/> Champlain-Charles-Le Moyne Télécopieur: 450 445-6754</p> <p><input type="checkbox"/> Institut Nazareth et Louis-Braille Courriel : service.aeo.inlb@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 463-0243</p> <p>CISSS de la Montérégie-Est</p> <p><input type="checkbox"/> Richelieu-Yamaska Courriel : guichet.ditsadp.ry.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur:450 536-6368</p> <p><input type="checkbox"/> Pierre-Boucher Courriel : guichet.ditsadp.pb.cisssme@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 468-9773</p> <p><input type="checkbox"/> Pierre-de-Sorel Courriel : guichet.di.tsa.dp.pds.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 746-1822</p>	<p>CISSS de la Montérégie-Ouest</p> <p><input type="checkbox"/> Services spécifiques <ul style="list-style-type: none"> • Jardins-Roussillon • Valleyfield-Vaudreuil-Ormstown Courriel : guichet-acces.di-tsa-dp.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 635-1865</p> <p><input type="checkbox"/> Services spécialisés Courriel : guichet-acces.di-tsa-dp.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 635-1865</p> <p>CIUSSS de l’Estrie</p> <p><input type="checkbox"/> Services spécifiques <ul style="list-style-type: none"> • La Pommeraie Télécopieur : 450 266-0682 • Haute-Yamaska Télécopieur : 450 372-2558 </p>