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

Installation:

Dossier:			
Nom, Prénom :			
Date de naissance :	AAAA-MM-JJ		_ □ F □ M
NAM:		Ехр.	AAAA-MM
Nom de la mère :			

## DEMANDE DE SERVICE CLINIQUE TROUBLES COMPLEXES DU DÉVELOPPEMENT

Date de la demande:					
aaaa/mm/jj					
RÉFÉRENT :					
Nom du référent :		Fonction :			
Nom de l'établissement :		Téléphone :			
Adresse :		Télécopieur :	Télécopieur :		
Ville :	Code postal :	Courriel :			
☐ Tous les rapports pertinents à cette de	mande sont acheminés a	avec cette demande de s	service		
RENSEIGNEMENTS SUR L'USAGER					
Adresse :		Téléphone domi	icile :		
Ville :	Code postal :	Cellulaire :			
Age:		Courriel :	Courriel:		
Langue:   Français   Anglais	☐ Autre:				
	,				
RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS/REPRI Est-ce que les parents sont séparés: $\square$ Ou		Est-ce que la garde e	st partagée : □ Oui □ Non		
Si oui, nom du parent ayant la garde de l'en		Est ce que la garde e	st partagee . — — Our — Non		
Nom:		☐ Parent	☐ Représentant légal		
DDN: AAAA/MM/JJ		Téléphone domi	Téléphone domicile :		
Adresse :		Cellulaire :	Cellulaire :		
Ville : Code postal :		Courriel:			
Nom:		☐ Parent	☐ Parent ☐ Représentant légal		
DDN: AAAA/MM/JJ		Téléphone domicile :			
Adresse :		Cellulaire :			
Ville :	Code postal :	Courriel :			
Si l'usager vit en famille d'accueil	•	•			

or adager the en ramme a accaem

Nom du responsable :		Téléphone domicile :	
Adresse :		Cellulaire :	
Ville:	Code postal :	Courriel:	

Nom:	Prénd	om :		# Dossier :
	i par les Centres Jeunesse <sup>1</sup> ntervenant (si connus) :		□ Non	
AUTORISATION				
	obtenu	le consent	ement verbal ou	ı écrit du parent ou représentant légal pour
Nom du réfé		/ *  al.	·	the state of the s
faire parvenir cette demand l'information pertinente en		égionale de	es troubles comp	plexes du développement et à échanger toute
Timormation pertinente en	nen avec cette aemanae.			
MOTIF DE RÉFÉRENCE : Veu demande d'évaluation	iillez décrire le motif de réfé	rence et pr	éciser les impac	ts sur le fonctionnement de l'enfant justifiant la
<b>DIAGNOSTICS :</b> Veuillez pré par l'équipe CRETCD	ciser les diagnostics ou hypo	othèses dia	ngnostics pertine	nts et nécessitants une évaluation approfondie
DÉMARCHES ENTREPRISES	: Veuillez nous décrire les se	ervices reçu		antérieurement (si connus) et en attente
Dates			rvice social, psycho	I / Organisme péducation, ergothérapie, orthophonie, centre commission scolaire, milieu de garde autres

	Dossier:		
	Nom, Prénom :		
	Date de naissance :		□ F □ M
		AAAA-MM-JJ	
	NAM:	Exp.	0.
	Nom de la mère :		AAAA-MM
DEMANDE DE SERVICE CLINIQUE TROUBLES COMPLEXES DU DÉVELOPPEMENT	L		

Actuellement l'u	usager présente d	es difficultés :	☐ À la maison	□ À l'école	☐ En milieu de garde
de service a été	faite ou sera faite	auprès d'un centre	e de réadaptation.		développement, précisez si une demande
☐ CRDITSA	☐ CRDP	☐ Autres :			
AUTRES COMM	ENTAIRES :				

Nom :	Prénom : # Dossier :			
☐ Tous les rapports pertinents à cette d	emande sont acher	minés avec cette de	emande de service	
FAIRE PARVENIR LE I	ORMULAIRE ET LES	DOCUMENTS PER	TINENTS À LA DEMANDE À :	
Par courriel :	cretcd.crditedm	cretcd.crditedme16@ssss.gouv.qc.ca		
Par télécopieur :	450 647-1953	450 647-1953		
Par la poste :	1442, rue Beauh	1442, rue Beauharnois, Longueuil, (Québec), J4M 1C2		
Pour nous rejoindre par téléphone :	450 647-1123 poste 2200			
	<u>RÉSERVÉ</u>	À L'ADMISSION		
Date de réception de la demande :		☐ Accepté		
Date réseau considérée :		☐ Refusé	Motif:	
Commentaires :				