

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**

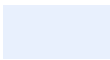
Vers les services spécifiques DI-TSA (1<sup>re</sup> ligne)

Vers les services spécialisés DI-TSA (2<sup>e</sup> 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 :

|  |                                |   |  |
|--|--------------------------------|---|--|
| <b>Direction de la protection de la jeunesse</b> <input type="checkbox"/> S/O  |                                |   |  |
| Intervenant impliqué au dossier :  |                                |   |  |
| Titre :  | Téléphone :                    |   |  |
| <b>Motif de la référence</b>   |                                |   |  |
| 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) |                                |   |  |
| <b>Référent / Personne ayant complété la demande</b>   |                                |   |  |
| Nom :  | Prénom :                       |   |  |
| Titre d'emploi :   | Téléphone :                    |   |  |
| Établissement :  |                                |   |  |
| <b>Identification des rapports joints :</b>  |                                |   |  |
| <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><b>CISSS de la Montérégie-Centre</b></p> <p><input type="checkbox"/> Haut-Richelieu-Rouville<br/>Courriel : <a href="mailto:di-dp-tsa.csshrr16@ssss.gouv.qc.ca">di-dp-tsa.csshrr16@ssss.gouv.qc.ca</a><br/>Télécopieur : 450 349-8969</p> <p><input type="checkbox"/> Champlain-Charles-Le Moyne<br/>Courriel : <a href="mailto:di-tsa-dp.csssmc16@ssss.gouv.qc.ca">di-tsa-dp.csssmc16@ssss.gouv.qc.ca</a><br/>Télécopieur: 450 445-6754</p> <p><input type="checkbox"/> Institut Nazareth et Louis-Braille<br/>Courriel : <a href="mailto:service.aeo.inlb@ssss.gouv.qc.ca">service.aeo.inlb@ssss.gouv.qc.ca</a><br/>Télécopieur : 450 463-0243</p> <p><b>CISSS de la Montérégie-Est</b></p> <p><input type="checkbox"/> Richelieu-Yamaska<br/>Courriel : <a href="mailto:guichet.ditsadp.ry.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca">guichet.ditsadp.ry.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca</a><br/>Télécopieur:450 536-6368</p> <p><input type="checkbox"/> Pierre-Boucher<br/>Courriel : <a href="mailto:guichet.ditsadp.pb.cisssme@ssss.gouv.qc.ca">guichet.ditsadp.pb.cisssme@ssss.gouv.qc.ca</a><br/>Télécopieur : 450 468-9773</p> <p><input type="checkbox"/> Pierre-de-Sorel<br/>Courriel : <a href="mailto:guichet.di.tsa.dp.pds.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca">guichet.di.tsa.dp.pds.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca</a><br/>Télécopieur : 450 746-1822</p> | <p><b>CISSS de la Montérégie-Ouest</b></p> <p><input type="checkbox"/> Services spécifiques <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jardins-Roussillon</li> <li>• Valleyfield-Vaudreuil-Ormstown</li> </ul>           Courriel : <a href="mailto:guichet-acces.di-tsa-dp.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca">guichet-acces.di-tsa-dp.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca</a><br/>Télécopieur : 450 635-1865</p> <p><input type="checkbox"/> Services spécialisés<br/>Courriel : <a href="mailto:guichet-acces.di-tsa-dp.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca">guichet-acces.di-tsa-dp.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca</a><br/>Télécopieur : 450 635-1865</p> <p><b>CIUSSS de l'Estrie</b></p> <p><input type="checkbox"/> Services spécifiques <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Pommeraie<br/>Télécopieur : 450 266-0682</li> <li>• Haute-Yamaska<br/>Télécopieur : 450 372-2558</li> </ul> </p> |