

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

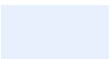
☐ Vers les services spécifiques DI-TSA (1^{re} ligne)

☐ Vers les services spécialisés DI-TSA (2^e ligne)

Identification et coordonnées de l'utilisateur			
Langue parlée : ☐ 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	Nom : _____	☐ Mère	Nom : _____
☐ Père	Prénom : _____	☐ Père	Prénom : _____
Adresse : _____ app. : _____		Adresse : _____ app. : _____	
☐ Cochez si identique à celle de l'autre parent			
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'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 :	
☐ 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'utilisateur 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-tsa.csshrr16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 349-8969 ☐ Champlain-Charles-Le Moyne Courriel : di-tsa-dp.csssmc16@ssss.gouv.qc.ca 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.ciassme16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 536-6368 ☐ Pierre-Boucher Courriel : guichet.ditsadp.pb.ciassme16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 468-9773 ☐ Pierre-de-Sorel Courriel : guichet.di.tsa.dp.pds.ciassme16@ssss.gouv.qc.ca Téléco pieur : 450 746-1822	CISSS de la Montérégie-Ouest ☐ Services spécifiques - Jardins-Roussillon - Valleyfield-Vaudreuil-Ormstown Courriel : guichet-acces.di-tsa-dp.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 635-1865 ☐ Services spécialisés Courriel : guichet-acces.di-tsa-dp.ciassmo16@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