

## DEMANDE DE SERVICE

POUR LE CRDI MONTÉRÉGIE-EST (sections 1-2-3-4-5-6-7-8)

POUR LA CLINIQUE DES TROUBLES COMPLEXES DU DÉVELOPPEMENT (sections 1-2-3-4-5-6-9-10)

DATE DE LA DEMANDE : \_\_\_\_\_

### 1. RÉFÉRENT

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

No ☎ : \_\_\_\_\_ No. Télécopieur : \_\_\_\_\_

Demandeur (Nom, Prénom) : \_\_\_\_\_ Type de lien :  Père  Mère  Usager  
 Autre : \_\_\_\_\_

### 2. IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom, : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

# NAM: \_\_\_\_\_ DATE D'EXP / ANNÉE-MOIS \_\_\_\_\_ # NAS: \_\_\_\_\_

DDN : \_\_\_\_\_ (aaaa-mm-jj) Age : \_\_\_\_\_ Langue usuelle :  Français  Anglais  Autre : \_\_\_\_\_

État civil :  Célibataire  Marié  Union libre Parentalité (est-il père/mère?) :  Oui, de combien d'enfant?

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_ No ☎ : \_\_\_\_\_

Adresse postale si différente : \_\_\_\_\_

Milieu de vie : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

Garderie/CPE : \_\_\_\_\_ École (nom et niveau) : \_\_\_\_\_

Religion : \_\_\_\_\_ Appartenance ethnique : \_\_\_\_\_

Pays de naissance : \_\_\_\_\_ Année d'arrivée au Québec \_\_\_\_\_

### 3. RÉGIME DE PROTECTION

Aucun

Privé Type de régime :  Tutelle  Curatelle Représentant : \_\_\_\_\_

Public Type de régime :  Tutelle  Curatelle Représentant : \_\_\_\_\_

### 4. GARDE LÉGALE

Mère/Père  Mère  Père  Garde Partagée  Tuteur Depuis quand : \_\_\_\_\_ (aaaa-mm-jj)

## 5. COORDONNÉES DES PARENTS

Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_ (aaaa-mm-jj)

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ ☎ domicile : \_\_\_\_\_ ☎ travail : \_\_\_\_\_

Type de contact :  Régulier  Occasionnel  Aucun contact Fréquence \_\_\_\_\_

Implication :  Contact ☎  Envoi courrier  PSI, rencontre, bilan, etc...

Nom, Prénom du père : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_ (aaaa-mm-jj)

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ ☎ domicile : \_\_\_\_\_ ☎ travail : \_\_\_\_\_

Type de contact :  Régulier  Occasionnel  Aucun contact Fréquence \_\_\_\_\_

Implication :  Contact ☎  Envoi courrier  PSI, rencontre, bilan, etc...

## 6. RÉSUMÉ DE L'HISTORIQUE DES SERVICES REÇUS ET ACTUELS (CSSS, CJM, AUTRES)

| Établissement                                             | Identification des services |       |            |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|-------|------------|
|                                                           | Actuel                      | Passé | En attente |
| <input type="checkbox"/> CJM                              |                             |       |            |
| <input type="checkbox"/> CMR                              |                             |       |            |
| <input type="checkbox"/> CSSS (CH)                        |                             |       |            |
| <input type="checkbox"/> CSSS<br>(Clinique sous-régional) |                             |       |            |
| <input type="checkbox"/> CSSS (CLSC)                      |                             |       |            |
| <input type="checkbox"/> CH (hors territoire)             |                             |       |            |
| <input type="checkbox"/> Autres                           |                             |       |            |

À noter, si l'utilisateur a déjà été desservi par un autre C.R., vous devez également joindre les documents suivants :

- Résumé de dossier (services reçus, description des problématiques, etc.)
- PSI (le plus récent si disponible)
- PII (le plus récent si disponible)

7. DESCRIPTION DES BESOINS DE SERVICES SPÉCIALISÉS

---

---

---

---

---

---

---

---

8. DIAGNOSTICS

Déficience intellectuelle

Documents obligatoires :

- Évaluation psychologique (WISC, WAIS, WPSI, RAVEN, LEITER)
- Échelle des comportements adaptatifs (pour la D.I. légère seulement)

Trouble envahissant du développement (TED)

Documents obligatoires :

- Évaluation psychiatrique ou pédopsychiatrique par une équipe multidisciplinaire pour 0 à 18 ans
- Évaluation psychiatrique pour 18 ans et plus
- Évaluation réalisée par un psychologue

DIAGNOSTIC PROVISOIRE

Retard global de développement

Documents obligatoires :

- Évaluation multidisciplinaire **OU**
- Évaluations en orthophonie, ergothérapie et physiothérapie

Hypothèse TED

Documents obligatoires :

- Évaluation de l'équipe multidisciplinaire (orthophoniste, ergothérapeute psychoéducateur ou psychologue)

**OU**

- Pré-évaluation d'une clinique sous-régionale en CSSS

**ET**

- Inscrit ou en attente dans une clinique d'évaluation

À noter, si l'utilisateur a déjà été desservi par un autre C.R., vous devez également joindre les documents suivants :

- Résumé de dossier (services reçus, description des problématiques, etc.)
- PSI (le plus récent si disponible)
- PII (le plus récent si disponible)

RÉFÉRENCE POUR LA CLINIQUE DES TROUBLES COMPLEXES DE DÉVELOPPEMENT

9. MOTIF DE CONSULTATION POUR LA CLINIQUE DES TROUBLES COMPLEXES DE DÉVELOPPEMENT

---

---

---

---

10. ÉNUMÉRATION DES HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES POUR CONSULTATION

---

---

---

---

---

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date de réception de la demande : \_\_\_\_\_  Premier service  Réouverture

Accepté : # Dossier : \_\_\_\_\_  Refusé : Motif : \_\_\_\_\_

*Recommandations :*

Signature de l'agent à l'accès : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ (aaaa-mm-jj)