

|  |
| --- |
| **DEMANDE DE SERVICE****Guichet d’accès centralisé DI-TSA-DP** |

1180, boulevard Manseau, Joliette, J6E 3G8

Télécopieur : 450 756-2898

Courriel : guichet.ditsadp.cissslan@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone : 1 877 322-2898

|  |
| --- |
| **Identification du client** |
| **NOM :** |       | **PRÉNOM :** |       |
| **Date de naissance :** |            | **Sexe :** | **F** **[ ]  M** **[ ]**  |
| **Numéro d’assurance-maladie** |  | **Expiration :** |  |
| **Adresse :** |       | Code postal :        |
| **Téléphone :** | Rés. :       | Cell :       | Travail :       Poste :       |
| **Courriel :** |       |
| **Milieu de vie :** |       |
| **Garde légale :** | Mère [ ]  Père [ ]  Autre [ ]  **Préciser :**       |
| **Père (nom) :** |       | **Tél :**      **Cell** :       | **Courriel :**       |
| **Mère (nom) :** |       | **Tél :**      **Cell**:       | **Courriel :**       |
| **Conjoint** |       | **Tél :**       | **Courriel :**       |
| **Langues parlées :** | Français [ ]  Anglais [ ]  Autres [ ]  **Préciser** :       |
| **Mode de communication** : Téléphone [ ]  ATS [ ]  | **Loi : LSSSS** **[ ]  LPJ** **[ ]**  |
| **Demandeur** |
| **NOM :** |       | **PRÉNOM :** |       |
| **Titre ou lien de parenté :** |       |
| **Établissement:** |       | **Programme:** |       |
| **Téléphone :** |       | **Télécopieur :** |       |
| **Courriel :** |       |
| **Adresse :** |       |
| **Motif de la demande** |
| **Retard de développement :** [ ] Incapacité concernant :Le développement moteur [ ] Le développement de la communication [ ] Le développement cognitif [ ] Le développement de l’autonomie [ ]  | **Déficience intellectuelle** **[ ]** **Déficience auditive** **[ ]** **Déficience du langage** **[ ]** **Déficience motrice** **[ ]** **Déficience visuelle – compléter annexe** [ ] **Trouble du spectre de l’autisme** **[ ]**  |
| **Commentaires** :       |

|  |
| --- |
| **Renseignements médicaux et professionnels** |
| **Diagnostic ou conclusion professionnelle :**  |
| **Services en cours** |       |
| **Services reçus**  |       |
| **Médecin traitant** |       | **Téléphone :**  |       |
| **Évaluations professionnelles ou médicales pertinentes à la demande** |
|  | **Ci-joint** | **À recevoir** |
| **Rapport médical (neurologie, physiatrie, optométrie, pédiatrie, etc.)** | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Évaluation en orthophonie** | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Évaluation psychologique/neuropsychologique** | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Évaluation psychiatrique/pédopsychiatrique** | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Évaluation en ergothérapie** | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Évaluation en physiothérapie** | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Évaluation en audiologie** | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Évaluation en ophtalmologie** | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Autres, préciser : (PI, PSI, jugement du tribunal, etc.)** | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Identification des facteurs de risque** |
| [ ]  Problème de santé aggravant les incapacités ou la situation (préciser)        [ ]  Allergies :      [ ]  Comportement à risque pour lui-même (ex. témérité, idées suicidaires, autres), préciser :      [ ]  Environnement humain à risque pour la sécurité (ex. violence/négligence/isolement/absence ou insuffisance de soutien des proches, etc.), préciser :      [ ]  Environnement physique à risque pour la sécurité (ex. encombrement, non adapté, etc.), préciser :      [ ]  Exclusion d’un milieu de vie, en cours ou imminent (résidence, école, loisir, CPE, etc.), préciser :      [ ]  Autres :       |
| **Commentaires :**  |
| **Consentement de l’usager ou son représentant légal** |
| **Moi** (nom usager ou son représentant légal)      , [ ]  Autorise les intervenants du DI-TSA-DP à transmettre ou échanger de l’information entre eux ou avec d’autres directions du CISSS de Lanaudière afin d’orienter ma demande vers les services les plus appropriés. [ ]  Autorise le demandeur (référent) à fournir aux intervenants du DI-TSA-DP les informations et les rapports pertinents en lien avec ma demande de services. [ ]  Consent à recevoir les services demandés, incluant les disciplines associées. |
| **Nom du demandeur :** |       | **Signature :** |       |
| **Retournez le formulaire à :****GUICHET D’ACCÈS CENTRALISÉ DI-TSA-DP****Par la poste** : 1180, boulevard Manseau, Joliette, J6E 3G8**Par télécopieur** : 450 756-2898**Par courriel** : guichet.ditsadp.cissslan@ssss.gouv.qc.ca**Pour information : 1 877 322-2898** |