|  |  |
| --- | --- |
| **GUICHET D’ACCÈS CENTRALISÉ****DIRECTION DI-TSA-DP****DEMANDE DE SERVICE** |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Identification de la personne** |
| NOM : |       | PRÉNOM : |       |
| Date de naissance : |            | Sexe : | F [ ]  M [ ]  |
| Numéro d’assurance-maladie |       | Expiration : |       |
| Adresse : |       | Ville :  |       | Code postal :        |
| Téléphone : | Rés. :       | Cell :       | Travail :       Poste :       |
| Courriel : |       |
| Milieu de vie : |       |
| Garde légale : | Mère [ ]  Père [ ]  Autre [ ]  Préciser :       |
| Père (nom) : |       | Tél :       | Courriel :       |
| Mère (nom) : |       | Tél :       | Courriel :       |
| Conjoint |       | Tél :       | Courriel :       |
| Langues parlées : Français [ ]  Anglais [ ]  Autres [ ]  Préciser :       |
| Mode de communication : Téléphone [ ]  ATS [ ]  | Loi : LSSSS [ ]  LPJ [ ]  |
| **Demandeur – Cocher si même que l’Identification du client** [ ]  |
|  NOM : |       | PRÉNOM : |       |
| Titre ou lien de parenté : |       | Téléphone : |       |
| Établissement: |       | Programme: |       |
| 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 1** [ ] Trouble du spectre de l’autisme [ ]  |
| Commentaire :       |
|  |
| **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 faire suivre |
| Rapport médical (neurologie, physiatrie, optométrie, pédiatrie, etc.) | [ ]  | [ ]  |
| Évaluation en : orthophonie, ergothérapie, physiothérapie, audiologie ou en ophtalmologie | [ ]  | [ ]  |
| Évaluation psychologique/neuropsychologique ou psychiatrique/pédopsychiatrique | [ ]  | [ ]  |
| Autres : (PI, PSI, jugement du tribunal, etc.)Préciser :        | [ ]  | [ ]  |
| **Identification des facteurs de risque** |
| [ ]  Problème de santé aggravant les incapacités ou la situation :        [ ]  Allergies :      [ ]  Comportement à risque pour lui-même (témérité, idées suicidaires, etc.) :      [ ]  Environnement humain à risque pour la sécurité (violence/négligence/isolement/absence ou insuffisance de soutien des proches, etc.) :      [ ]  Environnement physique à risque pour la sécurité (encombrement, non adapté, etc.) :      [ ]  Exclusion d’un milieu de vie, en cours ou imminent (résidence, école, loisir, CPE, etc.) :      [ ]  Autres :       |
| Commentaires :       |
| **Consentement de l’usager ou de son représentant légal** |
| La personne ou son représentant légal       , [ ]  Autorise les intervenants de la Direction 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 de la direction 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 : |       | Date :       |
| **Retournez le formulaire au Guichet d’accès centralisé DI-TSA-DP** |
| Par la poste : 1180, boulevard Manseau, Joliette (Québec), J6E 3G8Par télécopieur : 450 756-2898Par courriel : guichet.ditsadp.cissslan@ssss.gouv.qc.caPour information : 1 877 322-2898 |