

|  |
| --- |
| **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](mailto:guichet.ditsadp.cissslan@ssss.gouv.qc.ca)  **Pour information : 1 877 322-2898** | | | | | | | |