|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Logo_CISSS_des_LaurentidesFORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR SERVICES DI-TSA-DP** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| SVP vous référer à l’aide-mémoire pour bien compléter ce formulaire et fournir les documents requis. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **IDENTIFICATION DE L’USAGER** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOM :** |  | | | | | | | | | | | | **PRÉNOM :** | | | |  | |
| **Date de naissance aa/mm/jj :** | | | | | | | | | | | | | | | | | **SEXE :** | **F  M** |
| **Numéro d’assurance maladie :** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Expiration :** | |
| **Adresse complète (rue, appartement, ville code postale) :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Téléphone :** | | | **Rés :** | | | | | | | **Cell :** | | | | | | | **Travail :** | |
| **Courriel :** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Milieu de vie :** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Garde légale :** | | | **Mère  Père  Autre  Préciser :** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Père (nom) :** | | |  | | | | | | **Tél :**  **Cell :**  **Courriel :** | | | | | | | | **Adresse si différente :** | |
| **Mère (nom) :** | | |  | | | | | | **Tél :**  **Cell :**  **Courriel :** | | | | | | | | **Adresse si différente :** | |
| **Conjoint :** | | |  | | | | | | **Tél :**  **Cell :** | | | | | | | | **Courriel :** | |
| **Langues parlées :** | | | | | **Français  Anglais  Autres  Préciser :** | | | | | | | | | | | | | |
| **Loi associée :** | | | | | **LSSSS  LPJ  LSJPA  AANC  LSSSSAC** | | | | | | | | | | | | | |
| **Numéro d’indemnisation :** | | | | **SAAQ :**  **IVAC/CNESST :** | | | | | | | | | | **Nom du conseiller :**  **Téléphone :** | | | | |
| **Direction de la protection de la jeunesse :** | | | | | | | **Intervenant :**  **Numéro de téléphone :** | | | | | | | | | | | |
| **Régime de protection :** | | | | | | | **Privé Nom du représentant légal :**  **Public Téléphone :** | | | | | | | | | | | |
| 1. **IDENTIFICATION DU DEMANDEUR Même que l’usager** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOM :** |  | | | | | | | | | | | **PRÉNOM :** | | | |  | | |
| **Titre ou lien de parenté :** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Programme et établissement :** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Téléphone :** | |  | | | | | | | | | | | | | **Télécopieur :** | | |  |
| **Courriel :** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adresse :** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET PROFESSIONNELS** | | | | | | | | | |
| **Diagnostic ou conclusion professionnelle :** | | | | | |  | | | |
| **Services en cours :** | | | |  | | | | | |
| **Services reçus :** | |  | | | | | | | |
| **Médecin traitant :** | | |  | | | | | | |
| 1. **MOTIF DE LA DEMANDE – Voir aide-mémoire pour les documents à inclure avec la demande** | | | | | | | | | |
| **Déficience auditive**  **Déficience intellectuelle**  **Déficience du langage**  **Déficience motrice**  **Déficience visuelle – compléter annexe 1 seulement**  **Évaluation conduite auto-Adaptation véhicule – faire signer le consentement ECAV ci-dessous**  **Retard de développement**  **Trouble du spectre de l’autisme** | | | | | | | **Ressources résidentielles**  **Supplément au loyer**  **PASCO : Spécifier :**  ***Au niveau moteur* :**  Difficultés importantes à utiliser les bras et les mains au quotidien : Oui  Non  Difficultés importantes dans les déplacements : Oui  Non  *Aide technique utilisée* : Canne  Marchette/déambulateur  Fauteuil roulant manuel  Fauteuil roulant motorisé  Autre  :  ***Au niveau de la communication* :**  Difficulté importante à se faire comprendre par la parole : Oui  Non  Difficulté importante à lire et/ou écrire : Oui  Non  ***Autres informations pertinentes* :** | | |
| **Identification du besoin ou informations supplémentaires :** | |  | | | | | | | |
| 1. **CONSENTEMENT DE L’USAGER OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL**   **Si le demandeur est du CISSS des Laurentides :**  **L’usager ou son représentant consent à la référence et à la transmission de l’information à son sujet :** | | | | | | | | | |
| **Moi (usager ou représentant légal),**  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.  Autorise les intervenants du CISSS des Laurentides à obtenir une copie des rapports pertinents en lien avec ma demande de services tel qu’identifié dans la section 3.  **(Pour le programme ECAV) :** Autorise à la SAAQ, mon médecin traitant et/ou au demandeur (référent) de divulguer tous les renseignements ou de transmettre les documents nécessaires à mon évaluation de conduite automobile et l’adaptation du véhicule (M5, M28, attestation du diagnostic ou tout autre rapport pertinent), au programme d’Évaluation de la conduite et de l’adaptation de véhicule du CISSS des Laurentides, et ce, pour toute la durée du processus d’évaluation. | | | | | | | | | |
| **Signature :** |  | | | | | | | **Date :** |  |
| **GUICHET JEUNESSE DI-TSA-DP Retournez le formulaire à : (svp privilégier le courriel)** | | | | | | | | | |
| **Par courriel :**  **Par télécopieur :**  **Par la poste :**  **Pour information** : | | | | | ditsadp.cissslau@ssss.gouv.qc.ca  (450) 431-2965  430 rue Labelle, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5L3  1-866-770-2366 | | | | |