|  |  |
| --- | --- |
| **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 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |