

DEMANDE DE SERVICES EXTERNES

Centre de réadaptation Marie Enfant (CRME)

5200 rue Bélanger, Montréal (QC) H1T 1C9
Téléphone : 514 374-1710
Télécopieur AEO : 514 723-7114
Courriel AEO : dds-aeo-crme.hsjs@sss.gouv.qc.ca

Cette demande doit obligatoirement être remplie par un professionnel de la santé.

Veuillez compléter la **Demande de services externes** ainsi que le **Complément d'information à la demande de services** correspondant (si applicable) et les acheminer à l'Accueil-Évaluation-Orientation (AEO) par télécopieur ou par courriel.

Programme ciblé par la Demande de services					
<input type="checkbox"/> AMS	<input type="checkbox"/> Clinique de dysphagie	<input type="checkbox"/> DL	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> MNM	<input type="checkbox"/> SACOÉ

Partie A – INFORMATIONS RELATIVES AU JEUNE

Nom		Prénom		N° dossier CHUSJ
Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non précisé	N° assurance maladie	Expiration	Nom du CSSS
Adresse (numéro, rue, appartement)		Ville	Province	Code postal
N° de cellulaire	Milieu de vie <input type="checkbox"/> Famille naturelle <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :			
Garde légale (*fournir une copie du jugement) <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Mère* <input type="checkbox"/> Père* <input type="checkbox"/> Autre* (préciser) :				

Partie B – COORDONNÉES DE LA FAMILLE

Nom de la mère		Prénom de la mère		Nom du père		Prénom du père	
Adresse de la mère <i>si différente</i> (numéro, rue et appartement)				Adresse du père <i>si différente</i> (numéro, rue et appartement)			
Ville	Province	Code postal		Ville	Province	Code postal	
N°s de téléphone de la mère			N°s de téléphone du père				
<i>Domicile</i>	<i>Cellulaire</i>	<i>Travail (# poste)</i>		<i>Domicile</i>	<i>Cellulaire</i>	<i>Travail (# poste)</i>	
<i>Courriel :</i>				<i>Courriel :</i>			

Partie C – COORDONNÉES DE LA PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom		Prénom		Lien avec le jeune	
N°s de téléphone			N°s de téléphone		
<i>Domicile</i>		<i>Cellulaire</i>		<i>Travail (# poste)</i>	

Partie D – AUTRE MILIEU DE VIE

Type de milieu de vie <input type="checkbox"/> Ressource de type familial (RTF) <input type="checkbox"/> Ressource intermédiaire (RI) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :			
Nom du répondant		Prénom du répondant	
Adresse du répondant (numéro, rue et appartement)		Ville	Province
N°s de téléphone du répondant		N°s de téléphone du répondant	
<i>Domicile</i>		<i>Travail (# poste)</i>	
<i>Cellulaire</i>			
<i>Courriel :</i>			

NOM, Prénom :

Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :

Partie E – DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

Nom de l'intervenant	Prénom de l'intervenant	Titre	N° de téléphone
Adresse (numéro et rue)	Ville	Province	Code postal
Courriel :			

Partie F – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Diagnostic principal					
Autres diagnostics ou conditions associées					
Description des atteintes persistantes et significatives ayant un impact sur la réalisation des habitudes de vie du jeune					
Motif de la référence					
Évaluation(s) et suivi(s) <u>antérieur(s)</u> (préciser le nom de l'établissement et les services reçus)					<input type="checkbox"/> Non applicable
<input type="checkbox"/> CSSS _____					
<input type="checkbox"/> CH _____					
<input type="checkbox"/> Ressource en privé					
Évaluation(s) et suivi(s) <u>en cours</u> (préciser le nom de l'établissement et les services reçus)					<input type="checkbox"/> Non applicable
<input type="checkbox"/> CSSS _____					
<input type="checkbox"/> CH _____					
<input type="checkbox"/> Ressource en privé					
Référence(s) réalisée(s) vers un autre organisme ou établissement					<input type="checkbox"/> Non applicable
Rapport(s) professionnel(s)	Ci-joint(s)	Suivra d'ici le :	Rapport(s) professionnel(s)	Ci-joint(s)	Suivra d'ici le :
Audiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Date :	Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Date :
Éducation spécialisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Date :	Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Date :
Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Date :	Psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Date :
Inhalothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Date :	Service social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Date :
Neuropsychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Date :
Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Date :
Autres informations pertinentes					
Pédiatre ou médecin de famille (si différent du référent) : _____					
Téléphone : _____ Adresse : _____					
Courriel : _____					

NOM, Prénom :

Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :

Partie G – INFORMATIONS RELATIVES AU RÉFÉRENT

Nom du référent	Prénom du référent	Titre	
Nom de l'établissement			
Adresse (numéro et rue)	Ville	Province	Code postal
Coordonnées du référent	<i>Téléphone</i>	Télécopieur	Courriel
Signature du référent			Date

Partie H – CONSENTEMENT

Le jeune et sa famille ont été informés de cette référence et consentent à la transmission des informations contenues dans la présente demande de services.