



Centre de
Réadaptation
Marie-Enfant

CHU Sainte-Justine

Université
de Montréal

DEMANDE DE SERVICES

Centre de réadaptation Marie-Enfant (CRME)

5200, rue Bélanger, Montréal (Québec) H1T 1C9 514 374-1710

<input type="checkbox"/> Services externes <input type="checkbox"/> Hébergement <input type="checkbox"/> URFI (Unité de réadaptation fonctionnelle intensive)					
1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX					
Nom du jeune			Prénom du jeune		
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance (a-m-j)	Numéro d'assurance maladie (OBLIGATOIRE) Expiration :		Numéro dossier CRME ou CHUSJ (si connu)	
Adresse : numéro, rue		Ville		Province	Code postal
Téléphone à la résidence du jeune			Autre téléphone (spécifiez)		
Milieu de vie <input type="checkbox"/> Famille naturelle <input type="checkbox"/> Autre :		Garde légale <i>*fournir une copie du jugement*</i> <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Mère* <input type="checkbox"/> Père* <input type="checkbox"/> Autre* :		Langue(s) parlée(s) <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres :	
2. COORDONNÉES DES PARENTS					
Nom de la mère			Nom du père		
Prénom de la mère			Prénom du père		
Adresse de la mère (si différente) Numéro, rue :			Adresse du père (si différente) Numéro, rue :		
Ville	Province	Code postal	Ville	Province	Code postal
Téléphone de la mère Résidence : Travail : Adresse courriel :			Téléphone du père Résidence : Travail : Adresse courriel :		
3. AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE					
Nom			Prénom		
Téléphone			Type de lien		
4. AUTRE MILIEU DE VIE IMPORTANT À CONNAÎTRE					
<input type="checkbox"/> Résidence de type familial (RTF) <input type="checkbox"/> Ressource intermédiaire (RI) <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) :					
Adresse : numéro, rue		Ville		Province	Code postal
Nom du répondant			Prénom du répondant		Téléphone
5. DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE					
Nom de l'intervenant au dossier		Prénom de l'intervenant		Titre	Téléphone
Adresse : numéro, rue			Ville	Province	Code postal
6. CONSENTEMENT					
<input type="checkbox"/> L'utilisateur et sa famille ont été informés de cette référence et consentent à la transmission d'information à leur sujet.					

Services externes : acheminer à l'attention de l'AEO du CRME par courrier ou télécopieur : 514- 723-7127

Hébergement/URFI : acheminer à l'attention de l'ADMISSION du CRME par courrier ou télécopieur au 514 723-7127

Nom du jeune :		Prénom du jeune :	
7. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX			
Diagnostic principal ou autres diagnostics ou conditions associées			
Description des atteintes persistantes et significatives ayant un impact sur les habitudes de vie de l'enfant (INFORMATION OBLIGATOIRE)			
Motif de la référence			
Condition(s) particulière(s) du jeune/de sa famille			
Évaluations, suivis antérieurs et description des services reçus <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> CSSS (spécifiez) : <input type="checkbox"/> Centre hospitalier (spécifiez) : <input type="checkbox"/> Ressource en privé (spécifiez) :			
Évaluations, suivis en cours et description des services reçus <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> CSSS (spécifiez) : <input type="checkbox"/> Centre hospitalier (spécifiez) : <input type="checkbox"/> Ressource en privé (spécifiez) :			
Référence vers un autre organisme (s'il y a lieu)			
Rapports professionnels	Copie ci-jointe	Suivra d'ici le	
<input type="checkbox"/> Audiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> date :	
<input type="checkbox"/> Éducation spécialisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> date :	
<input type="checkbox"/> Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> date :	
<input type="checkbox"/> Inhalothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> date :	
<input type="checkbox"/> Neurothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> date :	
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> date :	
<input type="checkbox"/> Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> date :	
<input type="checkbox"/> Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> date :	
<input type="checkbox"/> Psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> date :	
<input type="checkbox"/> Service social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> date :	
<input type="checkbox"/> Rapport médical, spécialité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> date :	
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> date :	
8. RÉFÉRENT			
Nom complet du référent (lettres carrées)		Prénom complet du référent (lettres carrées)	
Titre		Établissement	
Adresse : numéro, rue		Ville	Province
			Code postal
Téléphone	Télécopieur	Courriel	
Signature			Date