POSER L’ÉTIQUETTE DE CODE À BARRES D’IDENTIFICATION DE L’USAGER

ICI

(ne pas masquer le nom lorsqu’inscrit à la main)

No Dossier:

Nom à la naissance

Prénom



**DEMANDE DE SERVICE**

**GUICHET D’ACCÈS INTÉGRÉ JEUNESSE**

|  |
| --- |
| **Enfant/Jeune concerné par la demande :** |
| Nom :Cliquez ici pour entrer du texte. | Prénom :Cliquez ici pour entrer du texte. | Sexe : F[ ]  M [ ]  |
| DDN :Cliquez ici pour entrer du texte. | NAM :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Adresse :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Code Postal :Cliquez ici pour entrer du texte. | Téléphone domicile :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Âge :Cliquez ici pour entrer du texte. | Cellulaire :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Adresse courriel :Cliquez ici pour entrer du texte. |

# Identification des parents ou tuteurs:

|  |  |
| --- | --- |
| Parent 1 (ou tuteur):Cliquez ici pour entrer du texte. | Parent 2 (ou tuteur) :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Date de naissance :Cliquez ici pour entrer du texte. | Date de naissance :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Adresse :Cliquez ici pour entrer du texte. | Adresse :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Téléphone - maison :Cliquez ici pour entrer du texte. | Téléphone - maison :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Téléphone - bureau :Cliquez ici pour entrer du texte. | Téléphone - bureau :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Adresse courriel :Cliquez ici pour entrer du texte. | Adresse courriel :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Disponibilité | No. dossier CLSC | Disponibilité | No. dossier CLSC |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Parent au courant de cette démarche? Oui [ ] Non [ ]  | Parent au courant de cette démarche? Oui [ ] Non [ ]  |

 Le jeune vit avec : [ ]  Ses deux parents [ ]  Parent 1 [ ]  Parent 2 [ ]  Garde partagée [ ]  Autre Cliquez ici pour entrer du texte.

# Besoin de l’enfant/Jeune (perception de l’enfant/sa famille) :Cliquez ici pour entrer du texte.

**Éléments familiaux à considérer** :Cliquez ici pour entrer du texte.

**Attentes du référent :**

|  |
| --- |
| Risque suicidaire : Non [ ]  Oui [ ]  Si oui, lequel :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Danger envers autrui : Non [ ]  Oui [ ]  Si oui, lequel : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Autres éléments de risques identifiés :Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Diagnostics de l’enfant/jeune (spécifier si ce sont des impressions diagnostiques à confirmer) :** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Médication :** Non [ ]  Oui [ ]  Si oui, lequel :Cliquez ici pour entrer du texte. |

**Suivis actifs ou historique de services :**Cliquez ici pour entrer du texte.

|  |
| --- |
| **Toutes autres informations pertinentes :**Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Veuillez joindre tous rapports ou informations complémentaires pertinentes en lien avec la présente demande.****Faire parvenir à l’adresse suivante :** **guichet.jeunesse.cemtl@ssss.gouv.qc.ca** |

|  |
| --- |
| **Coordonnées du référent :**Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Nom :Cliquez ici pour entrer du texte. | Titre :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Organisme :Cliquez ici pour entrer du texte. | No. Permis (Md) :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Adresse :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Code Postal :Cliquez ici pour entrer du texte. |  |
| Télécopieur :Cliquez ici pour entrer du texte. | Téléphone :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Nom médecin de famille (si différent) :Cliquez ici pour entrer du texte. | Adresse courriel :Cliquez ici pour entrer du texte. |

**OBLIGATOIRE**

En apposant ma signature, j’accepte la transmission d’information entre le référent et l’intervenant du CIUSSS de l’Est-de-l’île-de- Montréal pour toute la période d’analyse des besoins de mon enfant/jeune. 

Par la présente, l’usager (14 ans et plus) consent à recevoir des services et s’engage à s’impliquer dans une démarche de suivi 

Cliquez ici pour entrer du texte.Cliquez ici pour entrer une date.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Parents ou tuteur légal/jeuneOu autorisation verbale reçue par :Cliquez ici pour entrer du texte.  |  | DateCliquez ici pour entrer une date. |
| Date |