



CLINIQUE PÉDIATRIQUE TRANSCULTURELLE  
DEMANDE DE CONSULTATION

<b>DONNÉES DE L'INTERVENANT RÉFÉRENT :</b>	Nom :	Prénom :		
Profession & organisme :				
Coordonnées :	Téléphone bureau		Téléphone cellulaire	
Adresse courriel :				
Est-ce que l'enfant et/ou sa famille sont au courant de cette demande?			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

<b>AUTRES INTERVENANTS IMPLIQUÉS :</b>	Nom :	Prénom :		
Profession & organisme :				
Coordonnées :	Téléphone bureau :		Téléphone cellulaire :	
Adresse courriel :				

**INFORMATIONS SUR LA FAMILLE (FAIRE UN GÉNOGRAMME, SI INDIQUÉ)**

NOM, PRÉNOM DES ENFANTS :		Date de naissance des enfants :	NAM :	
NOM, PRÉNOM DU PÈRE :				
NOM, PRÉNOM DE LA MÈRE :				
Origine culturelle de la famille	Père : Mère :			
Langues utilisées	Père : <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Mère : <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Enfant : <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Adresse de la famille :			Téléphone :	
			Téléphone :	
Religion :				
Date d'arrivée au Québec :				
Statut d'immigration de la famille :				

Nom du patient :

No de dossier :

**MOTIF DE CONSULTATION :**

**DÉTAILS SUR LA PROBLÉMATIQUE :**

**DESCRIPTION DU PARCOURS MIGRATOIRE ET DIFFICULTÉS VÉCUES :**

**PAR LE PASSÉ, QUELLE(S) ACTION(S) A/ONT ÉTÉ TENTÉE(S) ET QUELS ONT ÉTÉ LES RÉSULTATS ?**

**VOS ATTENTES FACE À LA CLINIQUE PÉDIATRIQUE TRANSCULTURELLE :**

**Y A-T-IL DES ÉLÉMENTS/CONTRAINTE DONT NOUS DEVRIONS TENIR COMPTE?**

1) Envoyer votre demande de consultation à l'adresse suivante :

[Clinique.pediatrique.transculturelle.cemtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:Clinique.pediatrique.transculturelle.cemtl@ssss.gouv.qc.ca)

2) Sélectionner la plage horaire désirée pour la rencontre de consultation avec l'équipe transculturelle

<https://outlook.office365.com/book/CliniquePediatriqueTransculturelle@ssss.gouv.qc.ca/>