

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

ICI

No Dossier:

Nom à la naissance

Prénom

## DEMANDE DE SERVICE

### GUICHET D'ACCÈS INTÉGRÉ JEUNESSE

<b>Enfant/Jeune concerné par la demande</b>			
Nom :		Prénom :	
DDN :		Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Âge :		NAM :	
Adresse :		Exp :	
Code postal :		Téléphone :	
Courriel :			
École/Milieu de garde fréquenté :			
<b>Meilleur moyen pour joindre le jeune de 14 ans et plus :</b>			

<b>Identification des parents ou tuteurs</b>	
Parent 1 (ou tuteur) :	Parent 2 (ou tuteur) :
DDN :	DDN :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Courriel :	Courriel :
Parent au courant de cette démarche? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Parent au courant de cette démarche? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Le jeune de 14 ans et plus autorise le CLSC à communiquer avec ce parent : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></b>	<b>Le jeune de 14 ans et plus autorise le CLSC à communiquer avec ce parent : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></b>
Le jeune vit avec : Ses deux parents <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Garde partagée <input type="checkbox"/> Autre :	

Langue à privilégier pour la communication : Français ☐ Anglais ☐ Autres :

<b>Situation problématique/contexte de la demande</b>
<b>Besoin/attentes de l'utilisateur, perception de l'utilisateur</b>
<b>Attentes du référent</b>

<b>Risque suicidaire :</b> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, niveau de risque :
<b>(Si oui, joindre la grille d'estimation du risque suicidaire et le plan de sécurité)</b>
<b>Autres éléments de risques identifiés</b> (danger envers autrui, consommation, risque de négligence) :
<b>Diagnostics du jeune</b> (spécifier si ce sont des impressions diagnostiques à confirmer et nous joindre tout rapport pertinent) :
<b>Médication :</b> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, laquelle :
<b>Suivis actifs, interventions réalisées à ce jour ou historique de services</b> (individuels ou familiaux) :
<b>Toutes autres informations pertinentes :</b>

**OBLIGATOIRE et à compléter avec l'utilisateur**

- ☐ **En tant que parent**, j'accepte la transmission d'information entre le référent et l'intervenant du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal pour la période d'analyse des besoins de mon enfant et je consens à recevoir des services et à m'impliquer dans les suites nécessaires.
- ☐ **En tant que jeune de 14 ans et plus**, j'accepte la transmission d'information entre le référent et l'intervenant du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal pour la période d'analyse de mes besoins et je consens à recevoir des services et à m'impliquer dans les suites nécessaires.

\_\_\_\_\_  
Parents ou tuteur légal/jeune

\_\_\_\_\_  
Date

Ou autorisation verbale reçue ☐

\_\_\_\_\_  
Date

<b>Coordonnées du référent</b>	
Nom :	Titre :
Organisme:	No Permis (Médecin) :
Adresse :	
Code postal :	
Télécopieur :	Téléphone : Poste :
Courriel :	
Type de suivi offert à l'utilisateur : Ponctuel <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Détails :	

**Veuillez acheminer cette demande et tous rapports, notes, et autres informations complémentaires pertinentes à cette adresse courriel : [guichet.jeunesse.cemtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:guichet.jeunesse.cemtl@ssss.gouv.qc.ca)**