

No Dossier:

Nom à la naissance

Prénom

Enfant/Jeune concerné par la demande

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

Identification des parents ou tuteurs

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"/>
Le jeune de 14 ans et plus autorise le CLSC à communiquer avec ce parent : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Le jeune de 14 ans et plus autorise le CLSC à communiquer avec ce parent : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
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 :

Situation problématique/contexte de la demande

Besoin/attentes de l'usager, perception de l'usager

Attentes du référent

Risque suicidaire : Non Oui Si oui, niveau de risque :

(Si oui, joindre la grille d'estimation du risque suicidaire et le plan de sécurité)

Autres éléments de risques identifiés (danger envers autrui, consommation, risque de négligence) :

Diagnostics du jeune (spécifier si ce sont des impressions diagnostiques à confirmer et nous joindre tout rapport pertinent) :

Médication : Non Oui Si oui, laquelle :

Suivis actifs, interventions réalisées à ce jour ou historique de services (individuels ou familiaux) :

Toutes autres informations pertinentes :

OBLIGATOIRE et à compléter avec l'usager

- 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

Coordonnées du référent

Nom :	Titre :
Organisme:	No Permis (Médecin) :
Adresse :	
Code postal :	
Télécopieur :	Téléphone :
Courriel :	Poste :
Type de suivi offert à l'usager : 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