|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Clinique pédiatrique transculturelle**  **Demande de consultation** | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Données de l’intervenant référent :** | 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? | | | | Oui  Non | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Autres intervenants impliqués :** | 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 :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Français  Anglais | | | Mère :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Français  Anglais | | | Enfant :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Français  Anglais | | Adresse de la famille : | | | | | Téléphone : | | | | Téléphone : | | | | Religion : | |  | | | | | | | Date d’arrivée au Québec : | |  | | | | | | | Statut légal de la famille : | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Motif de consultation :**  Page  1/2 | |  |  |  | | --- | | **Détails sur la problématique :**  Page  1/2 | |  | | **Description du parcours migratoire et difficultés vécues :**  Page  1/2 | |  |  |  | | --- | | **Par le passé, quelle(s) action(s) a/ont été tentée(s) et quels ont été les résultats ?**  Page  1/2 | |  |  |  | | --- | | **Vos attentes face à la clinique pédiatrique transculturelle :**  Page  1/2 | |  |  |  | | --- | | **Y a-t-il des éléments/contraintes dont nous devrions tenir compte?**  Page  1/2 | |  |   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)  Un membre de l’équipe vous contactera suite à la réception de la demande.  Date de réception du formulaire : |