|  |  |
| --- | --- |
|  |   |
| **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 :** Page1/2 |
|  |

|  |
| --- |
| **Détails sur la problématique :**Page1/2 |
|  |
| **Description du parcours migratoire et difficultés vécues :** Page1/2 |
|  |

|  |
| --- |
| **Par le passé, quelle(s) action(s) a/ont été tentée(s) et quels ont été les résultats ?**Page1/2 |
|  |

|  |
| --- |
| **Vos attentes face à la clinique pédiatrique transculturelle :**Page1/2 |
|  |

|  |
| --- |
| **Y a-t-il des éléments/contraintes dont nous devrions tenir compte?**Page1/2 |
|  |

 Envoyer votre demande de consultation à l’adresse suivante : 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 :  |