

Installation :

- Jonquière Maria-Chapdelaine
 La Baie Lac-Saint-Jean-Est
 Chicoutimi Domaine-du-Roy

No dossier : _____

Nom, prénom de l'utilisateur : _____

Date de naissance : _____ M F

N.A.M. : _____ Exp. : _____

Nom, prénom mère : _____

Guichet d'accès unique

Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

2230, rue de l'Hôpital – Jonquière (QC) G7X 7X2
Téléphone : 418 695-7084 Télécopieur : 418 695-7082 Ligne sans frais : 1-877-353-7119
Adresse courriel : accueil.le.parcours@sss.gouv.qc.ca

SERVICES SPÉCIFIQUES (1^{re} ligne)

SAD

SERVICES SPÉCIALISÉS (2^e ligne)

DI-TSA

DP

SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'USAGER

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ÂGE :

SEXE : F M

ÉTAT CIVIL :

AAAA-MM-JJ

NAM¹ :

Exp. :

NOM DU CONJOINT :

AAAA-MM

ADRESSE :

No rue

Ville

Province

Code postal

N° TÉLÉPHONE :

Domicile

Cellulaire

Autre (spécifiez)

ADRESSE COURRIEL :

RÉGIME DE PROTECTION : Aucun Privé Public

Si régime de protection public,

Si régime de protection privé,

N° dossier au Curateur public :

nom du représentant légal :

SECTION 2 : DIAGNOSTIC PRINCIPAL

DIAGNOSTIC :

Confirmation du diagnostic : Oui Non

(si oui, joindre la copie du certificat médical, rapport d'évaluation psy/ortho, etc.)

NOM DU MÉDECIN TRAITANT :

MOTIF DE RÉFÉRENCE :

ORGANISME PAYEUR : Aucun CNESST SAAQ Autre :

Nom des conseillers/agents :

No réclamation :

Accidenté : Oui Non Si oui, complétez les informations suivantes :

Date de l'accident :

Occupation actuelle :

Description brève de l'accident :

¹ Le numéro d'assurance maladie et la date d'expiration sont obligatoires.

DEMANDE DE SERVICES DI-TSA-DP

Nom : _____

dossier : _____

(REG0163)

SECTION 3 : IDENTIFICATION DES PERSONNES LIENS

PÈRE	NOM :			PRÉNOM :		
Décédé <input type="checkbox"/>	Garde légale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Envoi postal : <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Jamais		Même adresse que l'utilisateur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ADRESSE :

No rue	Ville	Province	Code postal
--------	-------	----------	-------------

N° TÉLÉPHONE :

Domicile	Cellulaire	Autre (spécifiez)
----------	------------	-------------------

ADRESSE COURRIEL :

MÈRE	NOM :			PRÉNOM :		
Décédée <input type="checkbox"/>	Garde légale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Envoi postal : <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Jamais		Même adresse que l'utilisateur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ADRESSE :

No rue	Ville	Province	Code postal
--------	-------	----------	-------------

N° TÉLÉPHONE :

Domicile	Cellulaire	Autre (spécifiez)
----------	------------	-------------------

ADRESSE COURRIEL :

Autre personne	NOM :			PRÉNOM :		
	Garde légale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Envoi postal : <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Jamais		Même adresse que l'utilisateur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ADRESSE :

No rue	Ville	Province	Code postal
--------	-------	----------	-------------

N° TÉLÉPHONE :

Domicile	Cellulaire	Autre (spécifiez)
----------	------------	-------------------

ADRESSE COURRIEL :

LIEN AVEC L'USAGER :

SECTION 4 : MILIEU DE VIE

Milieu naturel autonome Parents ou personnes significatives

CH CHSLD Résidence intermédiaire Famille d'accueil Résidence d'accueil

Autre : _____ Nom de la ressource d'accueil si pertinent : _____

SECTION 5 : DIFFICULTÉ(S) COMPORTEMENTALE(S)

Note : Ne compléter que si pertinent pour traiter la demande

DESCRIPTION DU COMPORTEMENT PROBLÉMATIQUE :

FRÉQUENCE / INTENSITÉ :

NIVEAU DE GRAVITÉ : Léger Modéré. Sévère

DEMANDE DE SERVICES DI-TSA-DP

Nom : _____

dossier : _____

(REG0163)

SECTION 5 : DIFFICULTÉ(S) COMPORTEMENTALE(S) (suite)

INTERVENTIONS RÉALISÉES :

LE COMPORTEMENT EST-IL À RISQUE D'AGGRAVATION : Oui Non

LA PERSONNE PRÉSENTE-T-ELLE UN DANGER POUR ELLE-MÊME : Oui Non POUR AUTRUI : Oui Non

SECTION 6 : PRINCIPAUX SERVICES ACTUELS

Établissement / organisme Référent

Établissement / organisme Référent

Établissement / organisme Référent

SECTION 7 : MODE DE COMMUNICATION

LANGUE D'USAGE : Français Anglais LSQ Autre :

NOM DE LA PERSONNE À REJOINDRE POUR DONNER LE 1^{ER} RENDEZ-VOUS

USAGER AUTRE – Nom :

N° téléphone :

SECTION 8 : DESCRIPTION DE LA PROBLÉMATIQUE OU INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

SECTION 9 : RÉFÉRENT

NOM DU RÉFÉRENT :

TITRE D'EMPLOI :

ÉTABLISSEMENT :

N° TÉLÉPHONE :

ADRESSE COURRIEL :

EST-CE QUE L'USAGER EST INFORMÉ ET EN ACCORD AVEC VOTRE RÉFÉRENCE : OUI NON

SIGNATURE :

DATE :