

Nom, prénom de l'utilisateur : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  M  F

N.A.M. : \_\_\_\_\_

Nom, prénom mère : \_\_\_\_\_

**Installation :**

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

**Guichet d'accès unique – AEO (accueil – évaluation – orientation)**

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

**SERVICES SPÉCIFIQUES (1<sup>re</sup> ligne)**

SAD

**SERVICES SPÉCIALISÉS (2<sup>e</sup> ligne)**

DI-TSA       DP

**SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'USAGER**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ ÂGE : \_\_\_\_\_ SEXE :  F  M    ÉTAT CIVIL : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ

NAM<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_ Exp. : \_\_\_\_\_

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, N° dossier au Curateur public : \_\_\_\_\_ Si régime de protection privé, 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     SAAO     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 : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Le numéro d'assurance maladie et la date d'expiration sont obligatoires.

DEMANDE DE SERVICES DI-TSA-DP

(REG0163)

Nom : \_\_\_\_\_ # dossier : \_\_\_\_\_

**SECTION 3 : IDENTIFICATION DES PERSONNES LIENS**

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <b>PÈRE</b><br>Décédé <input type="checkbox"/> | 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 :

N° TÉLÉPHONE : No rue Ville Province Code postal

ADRESSE COURRIEL : Domicile Cellulaire Autre (spécifiez)

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <b>MÈRE</b><br>Décédée <input type="checkbox"/> | 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 :

N° TÉLÉPHONE : No rue Ville Province Code postal

ADRESSE COURRIEL : Domicile Cellulaire Autre (spécifiez)

|                       |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|
| <b>Autre personne</b> | 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 :

N° TÉLÉPHONE : No rue Ville Province Code postal

ADRESSE COURRIEL : Domicile Cellulaire Autre (spécifiez) **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

Nom : \_\_\_\_\_

# dossier : \_\_\_\_\_

**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 |
| 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<sup>ER</sup> RENDEZ-VOUS

USAGER       AUTRE – Nom :

N° téléphone :

**SECTION 8 : INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

\_\_\_\_\_

**SECTION 9 : RÉFÉRENT**

NOM DU RÉFÉRENT :

TITRE D'EMPLOI :

ÉTABLISSEMENT :

N° TÉLÉPHONE :

ADRESSE :

SIGNATURE :

DATE :