

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](mailto:accueil.le.parcours@sss.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 : <small>AAAA-MM-JJ</small>	ÂGE :	SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ÉTAT CIVIL :
NAM <sup>1</sup> :	Exp. : <small>AA/A-MM</small>	NOM DU CONJOINT :	
ADRESSE :			
<small>No rue</small>	<small>Ville</small>	<small>Province</small>	<small>Code postal</small>
N° TÉLÉPHONE :			
<small>Domicile</small>	<small>Cellulaire</small>	<small>Autre (spécifiez)</small>	
ADRESSE COURRIEL :		RÉGIME DE PROTECTION : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <small>(si oui, joindre la copie du certificat médical, rapport d'évaluation psy/ortho, etc.)</small>	
NOM DU MÉDECIN TRAITANT :	
MOTIF DE RÉFÉRENCE :	
ORGANISME PAYEUR : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> CNESST <input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom des conseillers/agents :	
No réclamation :	
Accidenté : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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

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

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

(REG0163)

SECTION 3 : IDENTIFICATION DES PERSONNES LIENS			
<b>PÈRE</b>	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 : _____			
<b>MÈRE</b>	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 : _____			
<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 :			
No rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____			
N° TÉLÉPHONE : _____			
Domicile _____ Cellulaire _____ Autre (spécifiez) _____			
ADRESSE COURRIEL : _____ LIEN AVEC L'USAGER : _____			
SECTION 4 : MILIEU DE VIE			
<input type="checkbox"/> Milieu naturel autonome <input type="checkbox"/> Parents ou personnes significatives			
<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> Résidence intermédiaire <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Résidence d'accueil			
<input type="checkbox"/> Autre : _____ Nom de la ressource d'accueil si pertinent : _____			
SECTION 5 : DIFFICULTÉ(S) COMPORTEMENTALE(S)			
<b>Note : Ne compléter que si pertinent pour traiter la demande</b>			
DESCRIPTION DU COMPORTEMENT PROBLÉMATIQUE :			
FRÉQUENCE / INTENSITÉ :			
NIVEAU DE GRAVITÉ : <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré. <input type="checkbox"/> 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<sup>ER</sup> 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 :

REG0163 (2017-07)

DEMANDE DE SERVICES DI-TSA-DP

Dossier archives  
Cat. : Demande de service  
Page 3 sur 3