



No dossier: _____

Nom, prénom de l'utilisateur : _____

Date de naissance : _____ M F

N.A.M. : _____

Nom, prénom mère : _____

Installation :

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Jonquière | <input type="checkbox"/> Maria-Chapdelaine |
| <input type="checkbox"/> La Baie | <input type="checkbox"/> Lac-Saint-Jean-Est |
| <input type="checkbox"/> Chicoutimi | <input type="checkbox"/> Domaine-du-Roy |

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@ssss.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 : <small>AAAA-MM-JJ</small>		ÂGE :	SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
NAM ¹ : <small>AAAA-MM</small>		Exp. :	
ADRESSE :			
<small>No rue</small>		<small>Ville</small>	<small>Province</small>
N° TÉLÉPHONE :		<small>Code postal</small>	
<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>	
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 :	

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

DEMANDE DE SERVICES DI-TSA-DP



Nom : _____

dossier : _____

SECTION 3 : IDENTIFICATION DES PERSONNES LIENS

PÈRE 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)

MÈRE 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)

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 :

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

DEMANDE DE SERVICES DI-TSA-DP



Nom : _____

dossier : _____

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

INTERVENTIONS RÉALISÉES :

Empty lines for recording interventions.

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^{ER} RENDEZ-VOUS

USAGER AUTRE – Nom :

N° téléphone :

SECTION 8 : INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Empty lines for additional information.

SECTION 9 : RÉFÉRENT

NOM DU RÉFÉRENT :

TITRE D'EMPLOI :

ÉTABLISSEMENT :

N° TÉLÉPHONE :

ADRESSE :

SIGNATURE :

DATE :