



**DEMANDE DE SERVICE
DI-TSA-DP**

<p align="center">SERVICES SPÉCIFIQUES (1^{re} ligne)</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> DI-TSA <input type="checkbox"/> DP</p> <p><input type="checkbox"/> CLSC Alma <input type="checkbox"/> CLSC Jonquière</p> <p><input type="checkbox"/> Chicoutimi <input type="checkbox"/> CLSC La Baie</p> <p><input type="checkbox"/> Dolbeau-Mistassini <input type="checkbox"/> CLSC Roberval</p> <p align="center">Transmettre aux accueils des SAD correspondant</p>	<p align="center">SERVICES SPÉCIALISÉS (2^e ligne)</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> DP</p> <p align="center">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</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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^o TÉLÉPHONE : _____
Domicile _____ Cellulaire _____ Autre (spécifiez) _____

ADRESSE COURRIEL : _____ RÉGIME DE PROTECTION : Aucun Privé Public

Si régime de protection public, N^o dossier au Curateur public : _____ Si régime de protection privé, nom du représentant légal : _____

SECTION 2 : IDENTIFICATION DES PERSONNES LIENS

PÈRE

Décédé

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Garde légale : Oui Non Envoi postal : Toujours Jamais Même adresse que l'utilisateur : Oui Non

ADRESSE : _____
No rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

N^o TÉLÉPHONE : _____
Domicile _____ Cellulaire _____ Autre (spécifiez) _____

ADRESSE COURRIEL : _____

MÈRE

Décédée

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Garde légale : Oui Non Envoi postal : Toujours Jamais Même adresse que l'utilisateur : Oui Non

ADRESSE : _____
No rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

N^o TÉLÉPHONE : _____
Domicile _____ Cellulaire _____ Autre (spécifiez) _____

ADRESSE COURRIEL : _____

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

Nom :

Prénom :

Dossier :



SECTION 2 : IDENTIFICATION DES PERSONNES LIENS (suite)

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 3 : 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 ci-après**

Date de l'accident : Occupation actuelle :

Description brève de l'accident :

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



R E G 0 1 6 3

DEMANDE DE SERVICE DI-TSA-DP

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 Réfèrent

Établissement / organisme Réfèrent

Établissement / organisme Réfèrent

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 (aaaa/mm/jj)