



RÉFÉRENCE AU PROGRAMME AGIR TÔT

RÉSERVÉ AU CIUSSS

Dossier no :

Enfant concerné par la référence	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Numéro d'assurance maladie :	Expiration (AAAA/MM) :
Adresse :	Code postal :
Langues parlées : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Précisez :	
Nom du parent/ tuteur légal : _____ Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Téléphone : _____	
Courriel : _____ Même adresse que l'enfant : <input type="checkbox"/>	
Nom du parent/ tuteur légal : _____ Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Téléphone : _____	
Courriel : _____ Même adresse que l'enfant : <input type="checkbox"/>	
Milieu de vie : <input type="checkbox"/> Milieu naturel <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	
Parents séparés : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Garde légale : Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Précisez : _____	
Est-ce que l'enfant fréquente un service de garde éducatif à l'enfance, un organisme communautaire, famille ou un établissement scolaire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, le(s)quel(s) : _____	
Si oui, décrire le fonctionnement de l'enfant dans ce milieu :	
L'enfant a-t-il des maladies, des problèmes de santé, un diagnostic ou une hypothèse de diagnostic documenté? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez :	
Médication :	
Motif de la référence	
Observations/préoccupations du parent et du référent :	
Indice de difficultés observées : <input type="checkbox"/> Développement moteur <input type="checkbox"/> Développement communication <input type="checkbox"/> Développement de l'autonomie <input type="checkbox"/> Développement comportemental	
Facteurs de risques à considérer	
Avez-vous connaissance de facteurs de risques qui pourraient avoir une influence sur la situation ou les services à offrir (par exemple : précarité, situation de crise familiale, risque d'expulsion, épuisement parental, prématurité, problème de santé, etc.)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, précisez :	



R E G 1 2 2 9

Nom :	DDN:	
<b>Indiquez si l'enfant reçoit ou est déjà en attente pour des services dans le Réseau de la santé et des services sociaux</b>		
<input type="checkbox"/> Reçoit	<input type="checkbox"/> Est en attente de	Précisez le service:
<input type="checkbox"/> Reçoit	<input type="checkbox"/> Est en attente de	Précisez le service:
Médecin traitant et/ou pédiatre :		
<b>Identification du référent</b>		
Date de la demande :		
Nom et prénom du référent :		
Nom de l'établissement :		
Numéro de téléphone :	Numéro de télécopieur :	
Adresse courriel :		
<b>Consentement</b>		
Le titulaire de l'autorité parentale a été avisé du motif de référence <input type="checkbox"/> et consent à :		
▪ L'envoi de la présente demande de service au CIUSSS		<input type="checkbox"/>
▪ L'échange d'information en lien avec la présente demande y incluant la transmission de document (rapports d'évaluation, plan d'intervention, etc) entre le référent et le CIUSSS		<input type="checkbox"/>
Nom du parent :	Signature du parent:	
<b>RÉSERVÉ AUX INTERVENANTS DU CIUSSS:</b>		
<input type="checkbox"/> Autorisation verbale obtenue du jeune, de son parent ou de son représentant légal par:		
Nom du professionnel (intervenant du CIUSSS): _____		
<b>Documents à faire suivre avec votre demande</b>		
Tous rapports d'évaluation, bilans ou grilles d'observation remplis par un intervenant externe et pertinents à la demande :		
<input type="checkbox"/> Portrait(s) périodique(s) du développement de l'enfant		
<input type="checkbox"/> Évaluation psychosociale (GMF)		
<input type="checkbox"/> Rapport(s) d'évaluation (audiologie, orthophonie, ergothérapie, psychologie, etc.)		
<input type="checkbox"/> Résumé des résultats d'outil(s) de dépistage ou grille(s) de développement		
<input type="checkbox"/> Autre		
<b>Besoin d'accompagnement des parents</b>		
Indiquer si vous croyez que les parents ont besoin d'un accompagnement personnalisé pour remplir des questionnaires sur le développement de leur enfant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, précisez :		
<b>Autres informations pertinentes au traitement de la référence</b>		
RETOURNER le formulaire par courriel à l'adresse : <a href="mailto:agirtot.ciuss02.demandes@ssss.gouv.qc.ca">agirtot.ciuss02.demandes@ssss.gouv.qc.ca</a> OU par télécopie au numéro : 418-541-0243 OU contacter : 418-669-2000 poste 426295		

REG1229(2024-03) DPDRS/kd /sl)

RÉFÉRENCE AU PROGRAMME AGIR TÔT

Dossier usager

D.I.C.: 3-4-4

Page 2 de 2