

<b>DEMANDE DE SERVICES</b> Tous services – DI et TED	NOM et Prénom de la personne	Date de la demande (AAAA-MM-JJ)
---	------------------------------	---------------------------------

<b>1 Renseignements sur la personne</b>					
Numéro                    rue                    appartement                    ville / municipalité                    province                    code postal			Téléphone (résidence)		Téléphone (autre)
Numéro d'assurance sociale (NAS)		Numéro d'assurance maladie (RAMQ)		Date expiration carte RAMQ (AAAA-MM)	
				Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
Langue		État civil		Occupation	
				Origine <input type="checkbox"/> Québécoise <input type="checkbox"/> Autre	
				Revenu	

<b>2 Nature de la demande</b>	<b>3 Environnement de la personne</b>
Quels sont les <u>besoins</u> de réadaptation qui motivent cette demande de services spécialisés? (SVP élaborez)	
Téléphone et poste	
Intervenant à rejoindre en lien avec cette demande (si différent de l'intervenant acheminant la demande identifié à la section 4)	
Avec qui vit-elle, dans quel contexte, etc.?	
Si plus d'un service est demandé, indiquez ici celui qui doit être considéré PRIORITAIRE	

<b>4 Référence</b>	
Intervenant acheminant la demande →	
Établissement                    Téléphone et poste	
NOM, Prénom (PÈRE)	
Adresse	
Téléphone	
NOM, Prénom (MÈRE)	
Adresse	
Téléphone	
<b>NOTE : Pour un enfant mineur, si les parents sont divorcés/séparés, inscrire le détenteur de la garde et requérir la signature des deux parents dans la section 13 « AUTORISATION »</b>	
Régime de protection	Type
Lien de la personne responsable du client s'il ne s'agit pas du parent et qu'il n'y a pas de régime de protection	
Lien →	
NOM, Prénom	
Adresse et téléphone	

<b>5 Principaux services actuels et antérieurs</b>			
<b>1-Service</b>	Dispensateur	<b>3-Service</b>	Dispensateur
Date de début	Date de fin	Date de début	Date de fin
<b>2-Service</b>	Dispensateur	<b>4-Service</b>	Dispensateur
Date de début	Date de fin	Date de début	Date de fin

<b>6 École / milieu de garde</b>			
Dernière école (ou milieu de garde) fréquentée	Niveau scolaire	Niveau d'intégration scolaire (ou de garde)	Dernière année de fréquentation (ex. : 2005)

<b>7 Aides techniques</b>	
Type	Remarques

<b>8 Capacités spécifiques</b>		
Locomotrices		Remarques
Motrices		
Visuelles		
Auditives		
Communicatives		
AVQ – AVD (Résumez seulement les principales limites)	AVQ	AVD
Selon vous, la personne représente-t-elle un danger <b>pour elle-même</b> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ... ou un danger <b>pour autrui</b> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Indiquez-nous si la personne sait écrire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<b>9 Santé</b>			
<b>DIAGNOSTICS MÉDICAUX</b>			
Principal	Secondaires (en ordre d'importance)		
	1)	2)	3)
<b>PROBLÈMES DE SANTÉ</b> (maladies, allergies, etc.)			
Identification du problème	Type de médication	Nom du médecin traitant	Téléphone
Identification du problème	Type de médication	Nom du médecin traitant	Téléphone

<b>10 Comportements</b>				
<b>NOTE :</b> Décrire la situation au cours des trois derniers mois.  Les comportements appartenant au passé peuvent être indiqués dans la section « <i>Remarques</i> ».	<b>TROUBLES COMPORTEMENTAUX</b>		<b>INTERVENTIONS UTILISÉES</b>	
	1. Description		1. Description	
	2. Description		2. Description	
	3. Description		3. Description	
Remarques				

<b>11 Diagnostics</b>			
<b>TED</b>	La personne présente-t-elle un TED?	Si oui, de quel TED s'agit-il?	Remarques
	A-t-elle été l'objet d'un test de détection?	Date et établissement	A-t-elle été l'objet d'une évaluation-diagnostique? Date et établissement
<b>DI</b>	La personne présente-t-elle une DI?	Si oui, quel est le niveau de cette DI?	Remarques
	A-t-elle été évaluée avec un test d'intelligence?	Date et établissement	A-t-elle été évaluée à l'aide d'une échelle adaptative? Date et établissement

<b>12 Remarques (et autres renseignements pertinents)</b>	
Ex. : Quels sont les loisirs pratiqués, client fumeur, etc.	

<b>13 Autorisation</b>		<b>Veuillez imprimer ce formulaire afin d'obtenir les signatures originales et acheminer la version « papier » à l'AÉO.</b>	
Je, _____, autorise _____ à communiquer au CRDITED Estrie cette demande et tous les documents pertinents à son étude.		à communiquer au CRDITED Estrie cette demande et tous les documents pertinents à son étude.	
personne (ou son représentant) _____ nom de l'établissement _____			
Le cas échéant, j'autorise également le CRDITED Estrie à communiquer cette demande (et ces documents) aux organisations (CRE, CHUS ou autres) dont la mission est de répondre aux besoins exprimés dans ma demande.		Le cas échéant, lors du début des services, j'autorise également l'intervenant désigné de l'organisation concernée (CRE, CHUS ou autres) à consulter le dossier que cette organisation détient me concernant.	
Signature de la personne (ou de son représentant)	Date	Cette autorisation est valide pour une période de _____ jours.	
Signature du témoin	Date	90, 180 ou 365	