|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nom, Prénom : |   |
| Date de naissance : |    | [ ]  F [ ]  M [ ]  Préfère ne pas répondre |
|  AAAA-MM-JJ |
| NAM : |   |  Exp. |   |
|   |  |  | AAAA-MM |
| Nom de la mère : |   |

 |
| **DEMANDE DE SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE****SERVICES SPÉCIALISÉS EXTERNES**  |  |

**CONSIGNES AVANT DE COMPLÉTER LA DEMANDE**

|  |
| --- |
| Important de compléter l’adressogramme en haut à droite de ce document. |
| Si vous souhaitez uniquement faire une demande pour le service des **aides techniques** (SAT) *Ex. : Aide à la posture*  🡪 | Consultez la page internet du [Service d’aides techniques (SAT) à la posture et à la mobilité](https://www.santemonteregie.qc.ca/services/deficience-physique-readaptation-physique/service-daides-techniques-sat-la-posture-et-la)  |
| Si vous souhaitez faire une demande pour le programme de **déficience auditive** et pour le comptoir des **aides de suppléances à l’audition** (CASA) 🡪🡪🡪🡪🡪🡪🡪🡪🡪🡪-------------------------------------Si vous souhaitez uniquement faire une demande pour le comptoir des **aides de suppléances à l’audition** (CASA) 🡪🡪 | Remplir ce formulaire et envoyer votre demande **aux 2 adresses ci-dessous** : Le guichet-acces.di-tsa-dp.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca et casa.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca ------------------------------Consultez la page internet du CASA : <https://www.santemonteregie.qc.ca/services/deficience-physique-readaptation-physique/comptoir-des-aides-de-suppleance-laudition-casa>  |
| Pour une demande concernant les services de réadaptation pour un de ces motifs suivants 🡪🡪🡪🡪🡪🡪🡪🡪**🡪**🡪🡪**Vous n’avez pas à remplir la section 6, MAIS vous devez remplir la fiche complément d’information concernée.**  | * [Programme régional de douleurs chroniques](https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/CISSSMO/Complement_information_douleurs_chroniques.docx)
* [Trouble de traitement auditif (TTA)](https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/CISSSMO/Complement_information_trouble%20de%20traitement%20auditif%20%28TTA%29.docx)
* [PATCom](https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/CISSSMO/Fiche%20compl%C3%A9ment%20d%27information%20PATcom.docx)
* [Conduite automobile](https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2024/03/cli-60532_complement_information_programme_conduite_auto.docx)
 |

| **SECTION 1 – IDENTIFICATION ET COORDONNÉES DE L’USAGER**  |
| --- |
| **Langue (s) parlée (s) :**  | [ ]  Français [ ]  Anglais [ ]  Langue des signes (LSQ) [ ]  Autre spécifiez : |  |
| **Langue de préférence pour les communications écrites :** | [ ]  Français [ ]  Anglais  |
| **Courriel de l’usager (si 14 ans et plus) :** |  |
| **Occupation de l’usager :** | [ ]  Travailleur [ ]  Étudiant [ ]  Autre précisez :  |  |

|  |
| --- |
| **MILIEU DE VIE ACTUEL**  |
| [ ]  **À domicile et habite** | [ ]  Seul [ ]  Avec spécifiez :  |  |
| [ ]  **Dans une ressource :** | [ ]  RI-RTF (Ressource intermédiaire ou de type familiale [ ]  RPA (résidence personnes âgées |
| [ ]  CHSLD (Centre d’hébergement)  | [ ]  Autre spécifiez :  |   |
| **Adresse :**  |  | **Ville :** |  | **Code postal :** |  |
| **Tél. Domicile :** |  | **Cellulaire :** |  | **Travail :**  |  | [ ]  ATME/ATS  |
| [ ]  **Je communique avec difficulté donc** [ ]  Utilisez mon courriel [ ]  Ne s’applique pas **OU**  [ ]  Je vous autorise à communiquer avec la personne ci-dessous :  |
| **Nom, Prénom :**  |  | **Lien** :  |  |
| **Numéro de téléphone :** |  |
| **SECTION 2 – COORDONNÉES DES PARENTS, DU REPRÉSENTANT LÉGAL OU PERSONNE LIEN**  |
| **Nom, Prénom 1  :**  |  | **Lien avec l’usager  :**  |  |
| **Courriel 1 :** |  |
| **Adresse 1 :**  |  | **Ville 1 :** |  | **Code postal 1:** |  |
| **Tél. Domicile 1 :** |  | **Cellulaire 1:** |  | **Travail 1 :**  |  | [ ]  ATME/ATS  |
| **Langue(s) :**  | [ ]  Français  [ ]  Anglais   [ ]  Autres spécifiez :  |  |
| **Nom, Prénom 2 :**  |  | **Lien avec l’usager  :**  |  |
| **Courriel 2 :** |  |
| **Adresse 2 :**  |  | **Ville 2 :** |  | **Code postal 2:** |  |
| **Tél. Domicile 2 :** |  | **Cellulaire 2:** |  | **Travail 2 :**  |  | [ ]  ATME/ATS  |
| **Langue (s) :**  | [ ]  Français  [ ]  Anglais   [ ]  Autres spécifiez :  |  |
| **Type de garde si parents séparés :**  | [ ]  Légale  [ ]  Partagée [ ]  Autre spécifiez : |  |
| **Si tuteur légal, spécifiez :**  |  |
| **Cadre légal du placement**[ ]  **Ne s’applique pas** | [ ]  LSSSS (Loi sur les services de santé et services sociaux  [ ]  LPJ (Loi protection de la jeunesse) [ ]  LSJPA (Loi sur le système de justice pénale pour adolescents |
| [ ]  Autre, précisez :  |   |
| **Nom, Prénom de l’intervenant impliqué au dossier :**  |   |
| **Courriel :** |   | **No tél. :**   |  |

|  |
| --- |
| **SECTION 3 – RÉGIME DE PROTECTION** [ ]  **Ne s’applique pas** |
| [ ]  **Privé** [ ]  **Public**  | [ ]  **Biens** [ ]  **Personnes** [ ]  **Biens et personne** |
| **Nom, Prénom du répondant :**  |  | **No téléphone :** |  |
| **Adresse :**  |  | **Ville :** |  | **Code postal :** |  |

|  |
| --- |
| **SECTION 4 – INFORMATION SUR LES BESOINS \*\*\* *(Ne pas compléter si vous avez rempli une fiche de complément d’information, voir dans les consignes)*** |
| 1. **Décrivez les difficultés vécues au quotidien (problématiques, impacts, et exemple d’activités de tous les jours qui sont difficiles) :**
 |  |
| 1. **Quels sont les besoins et attentes exprimés par l’usager et sa famille (entourage) ?**
 |  |
| 1. **Pourquoi faire la demande maintenant (élément déclencheur) ?**
 |  |
| 1. **Quels sont les interventions ou suivis antérieurs (solutions tentées) ? :**
 |  |

|  |
| --- |
| **SECTION 5 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX / DIAGNOSTIC (S)**  |
| **Diagnostic ou conclusion professionnelle liés(es) à la présente demande :** |  |
| **Autres diagnostics ou conditions associées :** |  |
| **Médecin traitant / de famille / pédiatre** |
| **Nom Prénom :**  |  | **Téléphone :** |  |

|  |
| --- |
| **SECTION 6 – ÉVALUATIONS / SUIVIS ANTÉRIEURS OU À VENIR PERTINENTS À CETTE DEMANDE**  |
| [ ]  **Ne s’applique pas** [ ]  **Voir document ci-joint** (dans ce cas, ne pas remplir le tableau ci-dessous)  |
| **Date** | **Nom, Prénom du professionnel / médecin / spécialiste****Nom de l’établissement/CISSS/CIUSSS** | **Résultats / Diagnostics** | **Rapport disponible** |
|   |  |  | [ ]  OUI [ ]  NON  |
|   |  |  | [ ]  OUI [ ]  NON  |
|   |  |  | [ ]  OUI [ ]  NON  |

|  |
| --- |
| **SECTION 7 – IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT OU PERSONNE AYANT REMPLI LA DEMANDE, SI AUTRE QUE L’USAGER**  |
| **Nom, Prénom  :**  |  | **Titre professionnel, no permis ou lien :**  |  |
| **Nom du programme et de l’établissement :** |  |
| **Courriel :** |  |
| **Adresse :**  |  | **Ville :** |  | **Code postal :** |  |
| **No Téléphone :** |  | **No Télécopieur :**  |  |
| **Date réseau pour trajectoire Agir tôt seulement :**  |   |

|  |
| --- |
| **SECTION 8 – AGENT PAYEUR (EN LIEN AVEC LA PRÉSENTE DEMANDE)** [ ]  **Ne s’applique pas** |
| [ ]  **SAAQ** [ ]  **CNESST** [ ]  **IVAC** [ ]  **Autre, précisez :** |  |
| **Nom, Prénom agent / conseiller  :**  |  | **No dossier :**  |  |
| **Courriel :**  |  | **No téléphone :** |  |
| **Si applicable, date de l’accident ou événement :** |   |

|  |
| --- |
| **SECTION 9 – CONSENTEMENT ET SIGNATURE**  |
| [ ]  **Je (usager de 14 ans ou plus, parent, représentant légal), confirme avoir été informé de cette référence.****\*\*IMPORTANT :** L’usager et le référent recevront par courriel, aux adresses inscrites dans cette demande, une lettre les informant de la décision quant à l’admissibilité de la demande. Advenant que vous n’ayez pas d’adresse courriel, une lettre sera envoyée par la poste si nous avons les coordonnées complètes. |
| **Signature de l’usager :** |   | **Date :**  |   |
| **Signature du représentant légal :** |   | **Date :**  |   |
| [ ]  *En cas d’impossibilité à signer le document, l’usager ou son représentant légal a donné son autorisation verbale et l’information a été notée au dossier.* |
| **Nom et signature de la personne qui reçoit le consentement verbal :** |  | **Date :** |   |

|  |
| --- |
| **TRANSMETTRE VOTRE DEMANDE** |
| **Par courriel** **(\*à privilégier):** guichet-acces.di-tsa-dp.cisssmo16@ssss.gouv.qc.caPar télécopieur : 450-635-1865Par courrier : 27, rue Goodfellow, Delson (Québec) J5B 1V2Pour complément d’information : 450 635-4779 poste 3029 |