



CISSS de la Gaspésie

## FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE GUICHET D'ACCÈS AGIR TÔT

Le programme Agir tôt s'adresse aux enfants âgés de 0 à 6 ans, 364 jours et à leur famille et vise à identifier le plus rapidement possible les indices de difficultés dans le développement d'un enfant afin de l'orienter vers les bons services rapidement.

Date de réception au guichet : \_\_\_\_\_

IDENTIFICATION DE L'USAGER			
Nom de famille		Prénom	
Date de naissance (aaaa/mm/jj)			
Sexe	Durée de la grossesse	Numéro d'assurance maladie	Expiration (aaaa/mm)
<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre :	_____ semaines		
Langue parlée		Langue comprise	
<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :	
Adresse de l'utilisateur (numéro, rue, ville)			Code postal
Milieu de vie			
<input type="checkbox"/> Famille naturelle *Indices de vulnérabilité (cocher au besoin) : <input type="checkbox"/> Faible revenu familial <input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Études secondaires ou professionnelles non complétées <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Communautés Premières Nations <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Intervenants au dossier (s'il y a lieu)		Identifiez un intervenant qui pourra aider le parent à compléter les questionnaires (s'il y a lieu)	
<input type="checkbox"/> <b>SIPPE-PACE</b> Nom : _____ <input type="checkbox"/> Médecin/pédiatre Nom : _____ <input type="checkbox"/> Infirmière (vaccin) Nom : _____ <input type="checkbox"/> Éducateur(trice) Nom : _____ <input type="checkbox"/> Travailleur social Nom : _____ <input type="checkbox"/> Milieu de garde Nom : _____ <input type="checkbox"/> Milieu scolaire Nom : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____		Nom et prénom _____ Lien avec l'enfant _____ Courriel _____ Téléphone de jour _____ Souhaitez-vous qu'une deuxième personne puisse également compléter les questionnaires selon ses propres observations? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Éducateur(trice) : _____ Enseignant(e) : _____	
COORDONNÉES DES PARENTS OU DU TUTEUR LÉGAL (S'IL Y A LIEU)			
Autorité parentale			
Nom et prénom		Nom et prénom	
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal		<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal	
Courriel		Courriel	
Adresse (si différente de l'utilisateur)		Adresse (si différente de l'utilisateur)	
Code postal	Téléphone de jour	Code postal	Téléphone de jour

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° dossier : \_\_\_\_\_

## RÉFÉRENCE

Inquiétudes menant à la référence au programme Agir tôt

Attentes du parent et du référent liées au processus de demande Agir tôt

Niveau d'inquiétude du parent et du référent (0 = Pas du tout inquiet à 10 = Très inquiet)

Parent : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Référent : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Diagnostic et conditions associées (s'il y a lieu)

Date d'apparition ou de l'événement

Nom du référent

Téléphone

Poste

Profession

Établissement

Courriel

## CONSENTEMENT PARENTAL (OBLIGATOIRE)

Le parent ou représentant légal de l'enfant a été informé et consent à la demande de service et de dépistage si requis?

Oui  Non

Le parent ou représentant légal de l'enfant après avoir été informé, consent à ce que le médecin traitant soit informé de la demande au programme, de l'évolution et de l'orientation du dépistage Agir tôt au besoin?

Oui  Non

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du représentant légal

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du référent

\_\_\_\_\_  
Date

### Guichet d'accès Agir tôt

50, rue du Belvédère, 4<sup>e</sup> étage  
Sainte-Anne-des-Monts (QC) G4X 1X4  
Téléphone : 1-844-484-2438  
Télécopieur : 418-763-2438

Courriel : [soutienTI.agirtot.cisssgaspesie@ssss.gouv.qc.ca](mailto:soutienTI.agirtot.cisssgaspesie@ssss.gouv.qc.ca)