



Application :

CISSS de la Gaspésie

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE
ÉQUIPE RÉGIONALE D'ÉVALUATION DES
TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME (ERETSA)

Date de réception : _____

IDENTIFICATION DE L'USAGER			
Nom de famille		Prénom	
Date de naissance (aaaa/mm/jj)			
Sexe	Âge	Numéro d'assurance maladie	Expiration (aaaa/mm)
<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre :			
Langue parlée		Milieu de vie	
<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Famille naturelle <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre :	
Adresse de l'utilisateur (numéro, rue, ville, code postal)			Téléphone domicile
COORDONNÉES DES PARENTS OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL			
Nom et prénom		Lien	
<input type="checkbox"/> Même adresse que l'utilisateur		<input type="checkbox"/> Même adresse que l'utilisateur	
Adresse (si différente de l'utilisateur)		Adresse (si différente de l'utilisateur)	
Téléphone domicile	Téléphone cellulaire	Téléphone domicile	Téléphone cellulaire
Courriel		Courriel	
CONSENTEMENT			
L'utilisateur ou son représentant a été informé et consent à la référence et à la transmission de l'information à son sujet :			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____ Signature du parent ou du représentant légal		_____ Date	
_____ Signature du référent		_____ Numéro de permis	_____ Date
JOINDRE LES PIÈCES SUIVANTES À LA DEMANDE			
Selon les lignes directrices pour le processus d'évaluation diagnostique des troubles du spectre de l'autisme (TSA), région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine; les documents suivants devront obligatoirement accompagner la référence :			
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Résultats au dépistage (M-CHAT ou bilan des signes indicateurs de TSA); ➔ Questionnaire familial dûment rempli; ➔ Bilan médical et physique; ➔ Autres rapports de professionnels impliqués dans les soins ou la scolarisation de l'enfant jusqu'au moment de la référence. 			

Acheminer la demande et les documents à : evaltsa.ciSSsgaspesie@ssss.gouv.qc.ca