



Nom		Prénom	
Date naissance	Âge	Sexe	
	ans	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
N° d'assurance maladie		Expiration	
Langue parlée			
<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :			

CRDI-TSA-DP

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE GUICHET RÉADAPTATION

Date de réception au guichet : _____

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Statut civil			Milieu de vie				
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Famille naturelle	<input type="checkbox"/> Famille d'accueil	<input type="checkbox"/> CHSLD	<input type="checkbox"/> RAC	<input type="checkbox"/> RI-RTF
<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Séparé(e)/divorcé(e)		<input type="checkbox"/> Milieu autonome	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :			
Adresse de l'utilisateur (numéro, rue, ville)				Code postal	Courriel (s'il y a lieu)		
Téléphone de jour		Autres :	Domicile	Cellulaire		Travail	

COORDONNÉES DES PARENTS OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL (S'IL Y A LIEU)

Nom et prénom		Lien	Nom et prénom		Lien
<input type="checkbox"/> Même adresse que l'utilisateur			<input type="checkbox"/> Même adresse que l'utilisateur		
Adresse (si différente)			Adresse (si différente)		
Tél. domicile	Cellulaire	Travail	Tél. domicile	Cellulaire	Travail

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Diagnostic lié à la référence (joindre rapports)	Date d'apparition ou de l'événement
Autre(s) diagnostic(s) et conditions associées	
Si diagnostic AVC, cochez le degré de sévérité selon le résultat de l'Échelle neurologique canadienne (ENC)	
<input type="checkbox"/> AVC léger : ≥ 8 points <input type="checkbox"/> AVC modéré : 4.5 et 7.5 points <input type="checkbox"/> AVC sévère : ≤ 4 points	
Agent payeur (si applicable)	Numéro de référence
<input type="checkbox"/> CNESST <input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> RAMQ <input type="checkbox"/> Autre :	

RÉFÉRENT

Nom du référent	Téléphone	Poste
Profession	Établissement/Programme	

RÉFÉRENCE

Objectifs liés aux services désirés :

Guichet de réadaptation

50, rue du Belvédère, 4e étage, Ste-Anne-des-Monts (QC) G4V 1X4

Téléphone : 1-844-GUICHET | Télécopieur : 418-763-2438

Courriel : guichet.readapt.ciSSsgaspésie@ssss.gouv.qc.ca

SERVICES DEMANDÉS

Mission services spécifiques CLSC (ne s'applique pas aux Îles-de-la-Madeleine) Orthophonie Ergothérapie Physiothérapie (<18 ans)

OU

Mission services spécialisés CR

DOCUMENTS OBLIGATOIRES À FOURNIR

<input type="checkbox"/> DÉFICIENCE AUDITIVE	<ul style="list-style-type: none"> Rapport d'évaluation en audiologie de moins d'un an (sauf pour les cas d'acouphène où le rapport de l'ORL est suffisant) décrivant les incapacités significatives et persistantes et leurs impacts sur les habitudes de vie.
<input type="checkbox"/> DÉFICIENCE DU LANGAGE (<18ANS)	<ul style="list-style-type: none"> Rapport d'évaluation orthophonique confirmant un diagnostic de trouble des sons de la parole, trouble développemental du langage, ou trouble sévère de la fluidité, ayant un impact significatif et persistant sur les habitudes de vie.
<input type="checkbox"/> DÉFICIENCE MOTRICE	<ul style="list-style-type: none"> Rapport confirmant un diagnostic de déficience motrice (et la date de l'incident s'il y a lieu). Rapports des professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, etc.) décrivant les incapacités significatives et persistantes et leurs impacts sur leurs habitudes de vie. <p><u>ET inclure ces documents pour les conditions suivantes :</u></p> <p><i>AVC hospitalisé (fin séjour) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Feuille sommaire d'hospitalisation; Note de congé du médecin; QSP-9 (outil de repérage et d'appréciation de la sévérité des symptômes dépressifs). <p><i>AIT/AVC léger (non hospitalisé) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Notes de l'Accueil clinique accident ischémique transitoire. Notes de l'urgence; <p><i>Retard global de développement :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Rapport d'évaluation du développement à l'aide d'instruments valides (ex. Brigance) ET Rapport d'évaluation d'un professionnel (ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste, etc.) attestant du retard de développement <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Rapport de deux professionnels de disciplines distinctes (ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste, etc.) attestant du retard de développement.
<input type="checkbox"/> DÉFICIENCE VISUELLE	<ul style="list-style-type: none"> Rapport oculo-visuel
<input type="checkbox"/> DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (ne s'applique pas aux Îles-de-la-Madeleine)	<ul style="list-style-type: none"> Rapport d'évaluation confirmant la présence d'une déficience intellectuelle selon les trois critères de l'AAMR (American Association on Mental Retardation, 2002) : <ul style="list-style-type: none"> Limitations significatives du fonctionnement intellectuel (ex. WAIS-III, WISC-IV); Limitations significatives du comportement adaptatif (ex. VINELAND, ABAS-II); Incapacité présentes avant l'âge de 18 ans (ex. historique du développement, cheminement scolaire).
<input type="checkbox"/> TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (ne s'applique pas aux Îles-de-la-Madeleine)	<ul style="list-style-type: none"> Rapport d'un médecin ou d'un psychologue attestant de la démarche menant au diagnostic (selon les lignes directrices du collège des médecins); Rapport d'évaluation des diverses disciplines ayant été interpellées dans la démarche d'évaluation. Autres documents si disponibles : <ul style="list-style-type: none"> Bilan médical et physique; Anamnèse (histoire développementale incluant les signes d'appel, histoire familiale, grossesse, etc.); Observations systématisées des comportements actuels en lien avec la qualité des interactions sociales, de la communication et des limites du répertoire des activités et intérêts; Résultats récents (moins de 2 ans) à l'évaluation des capacités intellectuelles et adaptatives.

CONSENTEMENT DE L'USAGER

L'utilisateur ou son représentant a été informé et consent à la référence et à la transmission de l'information à son sujet : Oui

Signature de l'utilisateur ou de son représentant légal

Date

Signature du référent

Numéro de permis

Date