



DEMANDE DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE JEUNESSE (0 – 17 ANS)
(À l'usage exclusif des médecins)

Identification de l'enfant

Nom de l'enfant :
Adresse :
Langue usuelle : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Numéro d'assurance-maladie :
Nom du médecin traitant (en majuscule) :

Identification des parents

Mère :	Père :
Adresse :	Adresse :
<input type="checkbox"/> Maison : <input type="checkbox"/> Travail :	<input type="checkbox"/> Maison : <input type="checkbox"/> Travail :
Langue usuelle :	Langue usuelle :
Statut civil :	Statut civil :
Date de naissance :	Date de naissance :
Informé de la demande : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Informé de la demande : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Raison de la consultation

Patient connu depuis :
Délai acceptable : 1 sem. <input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> Plus d'un mois <input type="checkbox"/>

Autres conditions associées ou facteurs de stress connus

<input type="checkbox"/> Idées ou gestes suicidaires	<input type="checkbox"/> Troubles mentaux dans la famille	<input type="checkbox"/> Deuil
<input type="checkbox"/> Idées de violence / Agressivité	<input type="checkbox"/> Abus sexuel	<input type="checkbox"/> Études
<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/> Rupture / Séparation	<input type="checkbox"/> Maladie physique
<input type="checkbox"/> Drogue	<input type="checkbox"/> Relation parent – enfant	<input type="checkbox"/> Maladie d'un proche
<input type="checkbox"/> Problème de jeu	<input type="checkbox"/> Relations interpersonnelles	<input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____
<input type="checkbox"/> Violence conjugale ou familiale		_____

Médication

Médication actuelle :
Observance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Essais antérieurs :

Commentaires

Signature : _____

Date : _____

Téléphone : 514 639-0660, poste 80537

Télécopieur : 514 639-0659