

## DEMANDE DE RÉFÉRENCE À LA JEUNESSE

CLSC de Dorval-Lachine <input type="checkbox"/>	<b>Section réservée au Guichet d'accès jeunes</b>
CLSC de LaSalle <input type="checkbox"/>	
Nom du référent : _____	
Tél. : _____	
Fax : _____	
	Numéro de dossier : _____
	Nom : _____
	Prénom : _____
	Date de référence : _____
	Date de l'orientation : _____
	Date de l'assignation : _____

### Consignes pour remplir le formulaire

Les questions 1 à 5 peuvent être complétées par le/les parent(s) ou le jeune (+ 14 ans)

Les questions 6 à 14 sont complétées par un professionnel

- Veuillez joindre tout document pertinent à l'étude du dossier, tel que : évaluations antérieures, rapport médical, etc.

Une réponse sur l'orientation de votre demande vous sera transmise par télécopieur dans un délai de 3 semaines

### 1. PRÉSENTATION DU JEUNE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_  
                                  A        M        J

Adresse : \_\_\_\_\_

Langue usuelle : Français  Anglais  Autre  \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

École : \_\_\_\_\_ Services adaptés : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance-maladie (*obligatoire*) : \_\_\_\_\_ Date d'exp. : \_\_\_\_\_

A-t-il déjà reçu des services autres que médicaux au CLSC ? Oui  Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

No dossier : \_\_\_\_\_

<b>2. IDENTIFICATION DES PARENTS</b>			
Mère :		Père :	
Adresse :		Adresse :	
☎ Maison :	☎ Travail :	☎ Maison :	☎ Travail :
☎ Numéro de téléphone en cas d'urgence :			
Occupation :		Occupation :	
Langue usuelle :		Langue usuelle :	
Date de naissance :		Date de naissance :	

<b>IMMIGRATION – STATUT MIGRATOIRE</b>			
	Père	Mère	Jeune
Pays d'origine			
Statut actuel			
Année d'arrivée			
Occupation actuelle			
Scolarisation			

<b>3. FRATRIE</b>		
Nom	Prénom	Âge

Nom : \_\_\_\_\_

No dossier : \_\_\_\_\_

<b>4. CONTEXTE FAMILIAL</b>				
<input type="checkbox"/> Famille nucléaire (parents vivant avec leurs enfants)				
<input type="checkbox"/> Famille monoparentale dont l'enfant vit avec :	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	Depuis :	
<input type="checkbox"/> Famille recomposée dont l'enfant vit avec :	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	Depuis :	
<input type="checkbox"/> L'enfant vit en ressource d'hébergement :			Depuis :	
Laquelle ? _____				
Date de séparation / divorce :				
Qui a la garde :	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> garde partagée	<input type="checkbox"/> Autres
Modalités de garde s'il y a lieu :				

<b>5. ÉVALUATIONS ET INTERVENTIONS ANTÉRIEURES (selon les parents)</b>						
PROFESSIONNELS / ORGANISATIONS	NOMS ET COORDONNÉES	DATE		DIAGNOSTICS  SI DISPONIBLE	RAPPORT	
		DÉBUT	FIN		CI-JOINT	A VENIR
Médecine						
Psychologie						
Pédopsychiatrie						
Travail social						
Intervention sociale						
Orthophonie						
Neurologie						
ORL / Audiologie						
Orthopédagogie						
Ergothérapie						
Psychoéducation						
Centres Jeunesse / Batshaw						
Centre réadaptation (CRDI et CRDP)						
Autres :						

Nom : \_\_\_\_\_

No dossier : \_\_\_\_\_

**SERVICES OFFERTS DANS LE CADRE SCOLAIRE**

---

---

---

---

**COMMENTAIRES**

---

---

---

---

Signature du parent : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature du jeune : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

*Si vous joignez des rapports ou autres documents qui répondent à l'une ou l'autre des questions du formulaire, il n'est pas nécessaire de compléter les parties correspondantes.*

<b>6. HISTOIRE DE SANTÉ ET DU DÉVELOPPEMENT (prématurité, maladies, complications, retard, médication, etc.)</b>
<b>7. ÉVÉNEMENT MARQUANTS (Scolaire, déménagement, migration, violence, abus, perte, difficultés financières, maladie d'un proche, guerre, etc.)</b>

Nom : \_\_\_\_\_

No dossier : \_\_\_\_\_

<b>8. DÉCRIRE LA PROBLÉMATIQUE ACTUELLE DE MANIÈRE CONCRÈTE</b>

**ÉTENDUE DE LA SITUATION PROBLÉMATIQUE**

**Durée**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fréquence**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Intensité**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sphères touchées (ex. : sa santé, sa conduite, sa vie familiale, sa vie scolaire, sa vie sociale, etc....)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

No dossier : \_\_\_\_\_

**Y-a-t-il un risque suicidaire ou homicidaire ? Si oui, expliquez**

---

---

---

---

**Interventions effectuées**

---

---

---

**COMMENTAIRES**

---

---

---

---

**IDENTIFIER LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION**

<b>Réseau social</b>	<b>Contacts sociaux</b>	<b>Rapport avec la famille (intra / extra)</b>
<input type="checkbox"/> Multiples amis / proches <input type="checkbox"/> Plusieurs amis / proches <input type="checkbox"/> Quelques amis / proches <input type="checkbox"/> Peu d'amis / proches <input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Très fréquents <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Plus ou moins fréquents <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Très rares	<input type="checkbox"/> Très bonnes relations <input type="checkbox"/> Bonnes relations <input type="checkbox"/> Relations + ou – bonnes <input type="checkbox"/> Relations conflictuelles <input type="checkbox"/> Relations inadéquates

<b>Relations avec autrui</b>	<b>Image de soi</b>	<b>Capacité d'adaptation</b>
<input type="checkbox"/> Très bonnes relations <input type="checkbox"/> Bonnes relations <input type="checkbox"/> Relations + ou – bonnes <input type="checkbox"/> Relations conflictuelles <input type="checkbox"/> Relations inadéquates	<input type="checkbox"/> Très positive <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Plus ou moins positive <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Très négative	<input type="checkbox"/> S'adapte très facilement <input type="checkbox"/> S'adapte facilement <input type="checkbox"/> S'adapte + ou – facilement <input type="checkbox"/> S'adapte difficilement <input type="checkbox"/> S'adapte très difficilement

Nom : \_\_\_\_\_

No dossier : \_\_\_\_\_

Difficulté du / des parents	Jeune a été victime de
<input type="checkbox"/> Violence <input type="checkbox"/> Problème de santé mentale <input type="checkbox"/> Toxicomanie <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Jeux <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Négligence <input type="checkbox"/> Inceste <input type="checkbox"/> Abus sexuel <input type="checkbox"/> Violence / agression <input type="checkbox"/> Taxage / intimidation <input type="checkbox"/> Autre : _____

Forces et intérêts du jeune

**COMMENTAIRES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. QUELLES SONT LES PERSONNES CONCERNÉES PAR LE PROBLÈME (réseau familial, réseau social, réseau scolaire) ?

Nom : \_\_\_\_\_

No dossier : \_\_\_\_\_

<b>10. À QUOI LE PARENT ET / OU L'ENFANT ATTRIBUENT-ILS LE PROBLÈME ?</b>

<b>11. QU'EST-CE QUI A ÉTÉ TENTÉ PAR LA FAMILLE POUR RÉSOUDRE LE PROBLÈME ?</b>

<b>12. QU'EST-CE QUI MOTIVE LE JEUNE ET / OU LA FAMILLE À FAIRE CETTE DEMANDE MAINTENANT ? QUE SONT-ILS PRÊTS À FAIRE ET QUELLES SONT LEURS ATTENTES ?</b>

<b>13. SERVICES RENDUS RECOMMANDATIONS CLINIQUES ET COLLABORATION POSSIBLE DU RÉFÉRENT</b>

Nom : \_\_\_\_\_

No dossier : \_\_\_\_\_

#### 14. CONSENTEMENT À LA DEMANDE DE SERVICES

Par la présente, j'autorise \_\_\_\_\_ (nom du référent), de l'établissement \_\_\_\_\_ (nom de l'établissement), à faire parvenir toute information pertinente à l'étude de mon dossier au Guichet d'Accès Jeunes du CSSS Dorval-Lachine-LaSalle (CSSS DLL).

J'autorise les intervenants du Guichet d'Accès Jeunes du CSSS DLL à informer \_\_\_\_\_ (nom du référent), de l'orientation des services.

Je consens à participer aux suivis qui me seront offerts soit par le CSSS DLL ou l'Institut Douglas.

Signature du père \_\_\_\_\_

Et

Signature de la mère \_\_\_\_\_

Ou

Adolescent (+de 14 ans) \_\_\_\_\_

***Consentement des deux parents ou du jeune de plus de 14 ans obligatoire***

Référé par : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Année Mois Jour

**S.V.P. retourner le formulaire complété par télécopieur au Guichet d'Accès Jeunes:**

**Télécopieur : 514 639-0659**

**Téléphone : 514 639-0660, poste 80537, Hélène Martin, secrétaire au GAJ**