

**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE
POUR SERVICES DI-TSA-DP**

SVP vous référer à l'aide-mémoire pour bien compléter ce formulaire et fournir les documents requis.

1. IDENTIFICATION DE L'USAGER	
NOM :	PRÉNOM :
Date de naissance aa/mm/jj :	SEXE : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Numéro d'assurance maladie :	Expiration :
Adresse complète (rue, appartement, ville code postale) :	
Téléphone :	Rés : Cell : Travail :
Courriel :	
Milieu de vie :	
Garde légale : Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préciser :	
Père (nom) :	Tél : Cell : Courriel : Adresse si différente :
Mère (nom) :	Tél : Cell : Courriel : Adresse si différente :
Conjoint :	Tél : Cell : Courriel :
Langues parlées : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Préciser :	
Loi associée : LSSSS <input type="checkbox"/> LPJ <input type="checkbox"/> LSJPA <input type="checkbox"/> AANC <input type="checkbox"/> LSSSSAC <input type="checkbox"/>	
Numéro SAAQ : d'indemnisation : IVAC/CNESST :	Nom du conseiller : Téléphone :
Direction de la protection de la jeunesse :	Intervenant : Numéro de téléphone :
Régime de protection :	<input type="checkbox"/> Privé Nom du représentant légal : <input type="checkbox"/> Public Téléphone :
2. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR Même que l'utilisateur <input type="checkbox"/>	
NOM :	PRÉNOM :
Titre ou lien de parenté :	
Programme et établissement :	
Téléphone :	Télécopieur :
Courriel :	
Adresse :	

NOM, Prénom de l'utilisateur :

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET PROFESSIONNELS	
Diagnostic ou conclusion professionnelle :	
Services en cours :	
Services reçus :	
Médecin traitant :	
4. MOTIF DE LA DEMANDE – Voir aide-mémoire pour les documents à inclure avec la demande	
<input type="checkbox"/> Déficience auditive <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> Déficience du langage <input type="checkbox"/> Déficience motrice <input type="checkbox"/> Déficience visuelle – compléter annexe 1 seulement <input type="checkbox"/> Évaluation conduite auto-Adaptation véhicule – faire signer le consentement ECAV ci-dessous <input type="checkbox"/> Retard de développement <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme	<input type="checkbox"/> Ressources résidentielles <input type="checkbox"/> Supplément au loyer <input type="checkbox"/> PASCO : Spécifier : <u>Au niveau moteur :</u> Difficultés importantes à utiliser les bras et les mains au quotidien : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Difficultés importantes dans les déplacements : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Aide technique utilisée : Canne <input type="checkbox"/> Marchette/déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant motorisé <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> : <u>Au niveau de la communication :</u> Difficulté importante à se faire comprendre par la parole : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Difficulté importante à lire et/ou écrire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>Autres informations pertinentes :</u>
Identification du besoin ou informations supplémentaires :	
5. CONSENTEMENT DE L'USAGER OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL Si le demandeur est du CISSS des Laurentides : L'utilisateur ou son représentant consent à la référence et à la transmission de l'information à son sujet : <input type="checkbox"/>	
Moi (usager ou représentant légal), <input type="checkbox"/> Autorise le demandeur (réfèrent) à fournir aux intervenants du DI-TSA-DP les informations et les rapports pertinents en lien avec ma demande de services. <input type="checkbox"/> Autorise les intervenants du CISSS des Laurentides à obtenir une copie des rapports pertinents en lien avec ma demande de services tel qu'identifié dans la section 3. <input type="checkbox"/> (Pour le programme ECAV) : Autorise à la SAAQ, mon médecin traitant et/ou au demandeur (réfèrent) de divulguer tous les renseignements ou de transmettre les documents nécessaires à mon évaluation de conduite automobile et l'adaptation du véhicule (M5, M28, attestation du diagnostic ou tout autre rapport pertinent), au programme d'Évaluation de la conduite et de l'adaptation de véhicule du CISSS des Laurentides, et ce, pour toute la durée du processus d'évaluation.	
Signature :	Date :
GUICHET DI-TSA-DP Retournez le formulaire à : (svp privilégier le courriel) Par courriel : ditsadp.ciesslerau@ssss.gouv.qc.ca Par télécopieur : (450) 560-9814 Par la poste : 500, boul. des Laurentides, suite 1450, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 4M2 Pour information : 450 569-2974 poste 25465	