



Cerveau Développement et comportement - Clinique 7-17

Formulaire de demande de consultation

1001, boul. Décarie, Bureau A04-3140, Montréal, Québec, H4A 3J1

Tél.: (514) 412-4496 Téléc.: (514) 412- 4136

Courriel: bdbci@muhc.mcgill.ca

Informations du patient (en lettres moulées) :

Date de naissance (aaaa/mm/jj):		No dossier HME:
		RAMQ:
Nom de famille, Prénom		
Adresse	Ville, Province	Code postal
Numéro de téléphone		Autre numéro de téléphone
Courriel	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais Autre: _____ <input type="checkbox"/> Besoin d'un interprète	

SVP fournir les informations suivantes: NB si le jeune ne répond pas aux critères suivants, veuillez réacheminer la demande au CIUSSS / CISSS du secteur de résidence de la famille

Demeure dans l'un des secteurs du RUISSS de McGill: Nunavik, Outaouais, Territoire Crie, Centre-Ouest de Montréal et l'Ouest de Montréal, Nord du Québec, Montérégie-Ouest, Abitibi-Témiscamingue

ou

Est suivi, sur une base régulière, par une équipe de soins tertiaires de l'HME (ex. Neurologie, Psychiatrie, Oncologie, etc.), précisez: _____

et

Présente des retards/déficits en neurodéveloppement associés à une condition médicale complexe et/ou à une situation psychosociale complexe (ex. implication du DPJ) nécessitant une évaluation tertiaire, précisez: _____

Veuillez décrire les motifs de la consultation:

.....
.....
.....
.....

Veuillez fournir tout renseignement supplémentaire sur un feuillet séparé.

Veuillez sélectionner l'évaluation appropriée, préciser le raisonnement et fournir les informations et rapports requis

7-12 ans, Évaluation tertiaire pour diagnostic TSA * **N.B. Pour pts 13 ans ou plus, utilisez le formulaire de la Clinique TSA 13.**

NB, les patients référés pour TSA par une source externe doivent d'abord être référés à leur CIUSSS local pour être triés vers la clinique ou le service de diagnostic approprié au sein du CIUSSS. (Les références seront envoyées à / acceptées par BDB uniquement si elles répondent aux critères d'évaluation tertiaire).

Difficultés sociales importantes Limitation importante de la communication Comportement/jeu/intérêts inhabituel, atypique ou répétitif

Autre(s): _____ Condition médicale, précisez: _____

Psychosociale complexe, précisez: _____

ou

Évaluation TDAH complexe **Évaluation psychologique doit être jointe** (QI & tests académique complété dans les 2 dernières années)

Médicaments et/ou interventions ciblées d'une durée d'au moins 6 mois ont échoué

Condition médical empêche traitement/intervention, précisez: _____

ou

Évaluation TSAF (Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale) ***Infos requises:** Veuillez préciser la fréquence, la quantité, la durée et le moment de l'exposition prénatale significative à l'alcool, signée ou confirmée par la mère biologique ou une autre source fiable (TS, médecin, etc.): _____

N.B. Évaluation psychologique doit être jointe (QI & test académique, complété dans les 2 dernières années)

Veuillez indiquer les médicaments actuels, la posologie et durée de traitement

Médicament	Posologie	Durée de traitement (semaines ou mois/années)

Veuillez indiquer si le jeune est sur la liste d'attente ou est actuellement suivi par ces services (Veuillez préciser le nom et les coordonnées et fournir des rapports, le cas échéant):

Direction de la protection de la jeunesse (ex. DPJ) coordonnées du délégué: _____

CRDP ou CRDI-TSA (Centre de réadaptation en déficience physique ou intellectuelle et Trouble du spectre de l'autisme) Précisez: _____

CLSC / CISSS / CIUSSS (ex, équipe de santé mentale, psychoéducateur, psychologue, etc.) Précisez: _____

Pédopsychiatrie Préciser et fournir des rapports, le cas échéant: _____

Psychologie/Neuropsychologie: Préciser et fournir des rapports, le cas échéant _____

Orthophonie: Ergothérapie: Audiologie: Autre(s): _____

Référent, coordonnées et signature:

Nom du médecin référent ou infirmier(e) praticien(ne) (en lettres moulées) : _____ No. de licence: _____

Adresse: _____

No. de téléphone: _____ No. de télécopieur: _____

Nom du médecin traitant ou pédiatre (si différent): _____ **SIGNATURE:** _____

LES PARENTS ET LE PATIENT, OU LE PATIENT ÂGÉ DE 14 ANS ET PLUS, ONT ÉTÉ INFORMÉS ET ACCEPTENT CETTE DEMANDE DE CONSULTATION

Patient âgé de **14 ans et plus** autorise la clinique à contacter le parent/tuteur au sujet de la référence et le rendez-vous **OU** **n'autorise pas la clinique à contacter le parent/tuteur. Coordonnés du patient:** Cellulaire (____) - Courriel: _____