



### Clinique CDC TSA 13-17 ans

#### 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
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	

Date de la demande de consultation (aaaa/mm/jj):

**SVP fournir les informations suivantes: NB si l'enfant 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 / ET

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

ET

Présente des retards de développement associés à une condition médicale complexe et /ou une situation psychosociale complexe (ex. cas de DPJ), nécessitant une évaluation tertiaire. Préciser: \_\_\_\_\_

**Veillez décrire les motifs de la consultation et âge du patient au moment de la référence :**


Veillez fournir tout renseignement supplémentaire sur un feuillet séparé.

**SVP indiquer l'évaluation demandée et préciser les motifs de la consultation:**

Évaluation du TSA (13-17 ans)  Les parents ou patient âgé de 14 ans et plus ont été informés que la présence d'un TSA est soupçonnée

**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 CDC uniquement si elles répondent aux critères d'évaluation tertiaire).**

Difficultés importantes au niveau de la socialisation: \_\_\_\_\_

Difficultés communicationnelles: \_\_\_\_\_

Comportement / jeu atypique: \_\_\_\_\_

Condition médicale Préciser: \_\_\_\_\_

Autre(s): \_\_\_\_\_

**Veillez indiquer les médicaments actuels:**

Médicament	Dosage	Durée (semaines ou mois/année)

**Veillez indiquer si l'enfant est en attente ou suivi par les services suivants: Veillez fournir leurs noms et leurs coordonnées**

CRDP (Centre de réadaptation en déficience physique) Préciser: \_\_\_\_\_

CRDI-TSA (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et Trouble du spectre de l'autisme) Préciser: \_\_\_\_\_

CLSC / CISSS / CIUSSS (ex. services en santé mentale) Préciser: \_\_\_\_\_

Services de protection de la jeunesse (ex. DPJ / Batshaw) Nom et coordonnées du/des délégué(s): \_\_\_\_\_

Autre: \_\_\_\_\_

**Évaluations antérieures: Veillez annexer les rapports**

Audiologie  Ergothérapie  Orthophonie  Physiothérapie  Psychologie  Psychiatrie  Autre: \_\_\_\_\_

**Référent:**

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: \_\_\_\_\_

LE(S) PARENT(S) 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. SVP veuillez fournir les coordonnées directes du patient: Cellulaire (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_