



CNM08029

**RÉFÉRENCE EXTERNE
MÉCANISME D'ACCÈS JEUNES EN DIFFICULTÉ (MAJED)**
1. Identification

No dossier		
Nom, Prénom de l'utilisateur		
DDN	N° d'assurance maladie	Exp.
Adresse		
N° téléphone		
N° téléphone (autre)		

Nom de l'utilisateur* :	Âge (si usager de 14 ans et plus, voir page 3) :
Adresse :	N° téléphone :
Adresse courriel :	
Langue usuelle : ☐ Français ☐ Anglais Autre :	Sexe :
CPE/École :	Niveau scolaire :
Diagnostics connus :	

1.1. Identification des parents

Nom du parent 1* :	Nom du parent 2 :
Date de naissance* : AAAA/MM/JJ	Date de naissance : AAAA/MM/JJ
Adresse :	Adresse :
N° téléphone :	N° téléphone :
Langue usuelle :	Langue usuelle :
Courriel :	Courriel :
Informé de la demande : ☐ Oui ☐ Non	Informé de la demande : ☐ Oui ☐ Non
Milieu de vie de l'enfant : ☐ Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Les 2 parents ☐ Autres, préciser :	

1.2. Fratrie

Nom :	Prénom :	Âge :
Nom :	Prénom :	Âge :
Nom :	Prénom :	Âge :

2. Provenance de la référence

Nom du référent* :	Téléphone :
Adresse courriel :	
Fonction :	
Nom de l'organisation :	

3. Motifs de la référence
3.1 Décrire la situation problématique actuelle :

* Champs obligatoires : si non complétés, le formulaire ne pourra pas être traité



CNM08029

DATE (AAAA/MM/JJ)

N° DOSSIER

NOM :

PRÉNOM :

3.2. Demande formulée par l'utilisateur ou sa famille :

3.3. Solutions tentées par l'utilisateur, la famille et suivis actuels ou antérieurs (indiquer nom et coordonnées) :

3.4 Symptomatologie (cochez et précisez les symptômes)

	Précisions :			
☐ Anxiété (Angoisse, idées obsessionnelles, phobies, compulsions, état de stress aigu, attaque de panique, évitement)	<table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>			
☐ Humeur (Colère, agressivité, tristesse, euphorie, irritabilité, dépression, culpabilité, instabilité émotionnelle)	<table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>			
☐ Attention (Oublis fréquents, actions irréfléchies, ne suit pas les consignes, ne finit pas ses tâches, hyperactivité)	<table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>			
☐ Conduite (Vol, dépendance alcool/drogue, comportements sexualisés, opposition, mensonges fréquents, fugue, impulsivité)	<table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>			
☐ Pensées (Cauchemars, dépréciation de soi, idées suicidaires/étranges, hallucinations, traumatismes, idées d'homicide)	<table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>			
☐ Facultés (Problèmes de perception, difficulté à comprendre/s'exprimer, troubles d'apprentissage)	<table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>			



CNM08029

No dossier

Nom, Prénom de l'utilisateur

DDN

N° d'assurance maladie

Exp.

Adresse

N° téléphone

N° téléphone (autre)

RÉFÉRENCE EXTERNE**MÉCANISME D'ACCÈS JEUNES EN DIFFICULTÉ (MAJED)**☐ **Autres problèmes**

(Alimentation, sommeil, énurésie, encoprésie, tics, mauvaise coordination, mutisme, désorientation)

4. Consentement*

J'autorise le référent à transmettre à Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire tous les renseignements et les rapports pertinents à l'analyse de ma demande de service.

Signature des (2) parents ou tuteurs **ou de l'utilisateur de 14 ans et plus** :Date : AAAA/MM/JJDate : AAAA/MM/JJ**Usager de 14 ans et plus :**Parents au courant de cette demande de services? ☐ Oui ☐ Non

Coordonnées de l'utilisateur pour le rejoindre

N° téléphone :

Courriel :

Nom et prénom du référent

Permis/profession

Signature du référent

AAAA/MM/JJ

HH :MM

Veillez joindre tout document pertinent à l'étude du dossier :

- ☐ Rapports psychologiques
- ☐ Rapports pédopsychiatriques
- ☐ Rapports psychoéducation
- ☐ Rapports médicaux
- ☐ Rapports orthophonie
- ☐ Rapports ergothérapie
- ☐ Autres : _____

****Si usager avec diagnostic de prématurité, envoyer le dossier médical complet pour demande de référence au programme Stimulation précoce.**

Faire parvenir les documents au mécanisme d'accès jeunes en difficulté (MAJED) au :

majed.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca