

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE JEUNESSE POUR LES 0-17 ANS

Provenant du milieu communautaire

Vers les CLSC de Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

FORMULAIRE UNIQUEMENT POUR LE MILIEU COMMUNAUTAIRE, LES AUTRES PARTENAIRES (INCLUANT LES ÉCOLES) DOIVENT UTILISER L'AUTRE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE DISPONIBLE

Identification de la personne référée : ☐ Parent ☐ Enfant/jeune*

Prénom de l'enfant : _____ Nom : _____

Date de naissance : _____ Genre : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Non spécifié

Fratrie : _____ Nombre d'enfants dans la fratrie : _____ Âge des enfants : _____

Langue(s) d'usage : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre(s) : _____

Si besoin d'un interprète, veuillez spécifier la langue : _____

Prénom du parent* : _____ Nom du parent : _____
(ou du tuteur)

Adresse : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____

Pour tous les services spécifiques à la femme enceinte (soutien pour trouver un suivi de grossesse, Olo, SIPPE, etc.), le formulaire en ligne « Ma grossesse » doit être complété par la femme enceinte.

Si la femme enceinte n'a pas complété le formulaire, veuillez s'il-vous plait l'accompagner via le

Quebec.ca/magrossesse

Raison(s) de la demande

- | | |
|--|--|
| ☐ Deuil périnatal | ☐ Risque de négligence |
| ☐ Faible scolarisation du parent ou tuteur | ☐ Problèmes de santé mentale |
| ☐ Difficultés en allaitement | ☐ Isolement social du parent/tuteur |
| ☐ Difficultés liées au rôle parental | ☐ Difficultés conjugales ou familiales |
| ☐ Soutien psychosocial | ☐ Inquiétudes financières |
| ☐ Difficultés de comportement chez l'enfant ou le jeune | ☐ Immigration récente |
| ☐ Inquiétudes nutritionnelles (0-5 ans) | ☐ Traumas |
| ☐ Inquiétudes en lien avec le développement de l'enfant (moteur, langagier, autonomie, affectif ou autre) | ☐ Problèmes de consommation/dépendance du jeune |
| ☐ Enfant à besoins particuliers avec diagnostic connu, précisez : _____ | |
| ☐ Autre(s) : _____ | |

Description détaillée de la problématique :

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE JEUNESSE POUR LES 0-17 ANS

Provenant du milieu communautaire

Vers les CLSC de Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Quels sont les services qui ont été et/ou sont présentement offerts à la famille (par votre organisme ou d'autres organismes, par le CLSC, etc.) ?

Quels sont les besoins de l'enfant et les attentes de la famille ?

Consentement (choisir l'option appropriée) :

- ☐ L'utilisateur (de plus de 14 ans) ou le parent/tuteur consent à ce que les renseignements mentionnés ci-dessus soient transmis à Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire.

Signature de l'utilisateur (de plus de 14 ans) ou du parent/tuteur : _____

- ☐ L'utilisateur (de plus de 14 ans) ou le parent/tuteur consent oralement à ce que les renseignements mentionnés ci-dessus soient transmis à Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire.

Usager de plus de 14 ans

Parents/tuteurs informés de cette demande de services ?

- ☐ Oui ☐ Non

Organisme – Provenance de la demande

Nom de l'organisme : _____

Nom du référent : _____

Fonction du référent : _____

Adresse courriel : _____

Téléphone : _____

- ☐ Je souhaite être contacté-e avant de joindre la personne référée.

Date de la référence : _____

Signature du référent : _____

***FORMULAIRE NON DESTINÉ AUX URGENCES ou aux SITUATIONS DE CRISES**

Si vous avez des inquiétudes concernant la sécurité d'un enfant et vous désirez communiquer avec une infirmière ou un travailleur social immédiatement, S.V.P. contactez le 811 option 2 ou la Direction de la protection de la jeunesse au 514 896-3100.

Ce formulaire doit être envoyé par courriel à :

majed.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

514 384-2000 poste 7221