

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](http://Quebec.ca/magrossesse)

#### Raison(s) de la demande

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

#### Description 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 services ont déjà été donnés par votre organisme ?

---

---

---

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 au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

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 au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

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 : [majed.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:majed.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca)  
514 384-2000 poste 7221