**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE WEB – PARTENAIRE EXTERNE**

**INFORMATION SUR LE(LA) RÉFÉRENT(E)**

**Nom et prénom / fonctions :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Téléphone :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Ext. :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Organisme :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Courriel :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**DONNÉES D’IDENTIFICATION DE L’ENFANT/L’ADOLESCENT(E) ET DE SA FAMILLE :**

**NOM, prénom de l’enfant/ado :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date de naissance (J/M/A) :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Sexe :** M[ ]  F[ ]  **Langue(s) parlée(s) :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nécessite un interprète ? :** Oui [ ]  Non [ ]

**RAMQ :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date d’expiration (M/A) :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Avec qui l’enfant habite-il(elle) ? :** P[ ]  M[ ]  Garde-partagée[ ]  Autre[ ] Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Implication DPJ en cours ? :** Oui [ ]  Non [ ]

**Adresse :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Garderie fréquentée :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Établissement scolaire :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**NOM, prénom de la mère :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance (J/M/A) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Origine ethnique : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

# TEL. : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**NOM, prénom du père :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance (J/M/A) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Origine ethnique : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

# TEL. : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Fratrie**(si applicable) **:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nom et prénom** | **Date de naissance (J / M / A)** |
| **1** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **2** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **3** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **4** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**MOTIF DE LA RÉFÉRENCE / BESOINS ET FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ DE L’ENFANT-L’ADOLESCENT(E) ET DE SA FAMILLE :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**SERVICES ACTUELS ET ANTÉRIEURS**

**L’enfant/ado a-t-il(elle) un médecin de famille ou un(e) pédiatre ?** Oui [ ]  Non [ ]  N/A [ ]

* Nom et prénom du (de la) professionnel(elle) concerné(e) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**L’enfant/ado est-il(elle) actuellement suivi par un autre(d’autres) professionnel(s) ?** Oui [ ]  Non [ ]  N/A [ ]

* Services rendu(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**L’enfant/l’ado a-t-il(elle) déjà été évalué(e) par un(des) professionnels ?** Oui [ ]  Non [ ]  N/A [ ]

**Est-ce qu’un diagnostic chez l’enfant/ado a été confirmé ?**Oui [ ]  Non [ ]  N/A [ ]

* Précisions diagnostiques : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**L’enfant/ado prend-il(elle) actuellement une médication ?** Oui [ ]  Non [ ]  N/A [ ]

**Autres références effectuées à l’externe ? :** Oui [ ]  Non [ ]  N/A [ ]

**Les parents ont été informés et consentent à cette référence ? :** P[ ]  M[ ]  Tuteur(trice)[ ]

[ ]  **Transmettre l’autorisation de communiquer des renseignements signés par le(les) parent(s)**

[ ]  Si applicable, joindre une copie de la liste de médicament de l’enfant/ado

[ ]  Si applicable, transmettre une copie des évaluations professionnelles obtenues

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Signature du référent(e)**  **Date**

**Veuillez FAXER ce document à l’attention de Cindy Giguère, adjointe administrative**

Centre de pédiatrie sociale en communauté

392, avenue Proulx, Sainte-Marie (QC), G6E 4B1

**Fax : (418) 387-3820**