



DLM119

Nom à la naissance

Prénom

DEMANDE POUR LE GUICHET D'ACCÈS JEUNESSE (0-17 ANS)

Dossier

ENFANT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : F M
AA MM JJ

Origine ethnique : _____

Adresse : _____

Langue(s) parlée(s) : Français Anglais Autre : _____

École : _____

Nom du médecin traitant : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ Expiration : _____

IDENTIFICATION DES PARENTS

Nom de la mère : _____ Adresse : _____

Maison : _____ Cellulaire : _____ Travail : _____

Occupation : _____

Langue(s) parlée(s) : Français Anglais Autre (précisez) : _____

Statut civil : _____ Date de naissance : _____
AA MM JJ

Informée et consentante à la demande : Oui Non

Nom du père : _____ Adresse : _____

Maison : _____ Cellulaire : _____ Travail : _____

Occupation : _____

Langue(s) parlée(s) : Français Anglais Autre (précisez) : _____

Statut civil : _____ Date de naissance : _____
AA MM JJ

Informé et consentant à la demande : Oui Non

Statut des parents : Mariés/ conjoints de fait Séparés Divorcés Depuis ? _____

FRATRIE

NOM	PRÉNOM	ÂGE

Rang de l'enfant référé dans la famille : _____

PARCOURS MIGRATOIRE

Pays d'origine : _____ Arrivé (e) depuis combien de temps : _____ année _____ mois

Langue (s) d'origine (s) : _____

Statut d'immigration : Citoyen(ne) canadien(ne) Demandeur d'asile Réfugié(e) Résident(e) permanent(e)

Autre (précisez) : _____

CONTEXTE FAMILIAL

- Famille nucléaire ou traditionnelle (père, mère vivant avec leurs propres enfants sous le même toit)
- Famille monoparentale dont l'enfant vit avec : la mère le père depuis ? _____
- Famille recomposée dont l'enfant vit avec : la mère le père depuis ? _____
- Famille élargie : oncle tante grand-mère grand-père depuis ? _____
- L'enfant vit en ressource d'hébergement : _____ depuis ? _____

Historique du placement (si applicable) : _____

Qui à la garde légale de l'enfant : mère père garde partagée autre : _____

Droit d'accès de l'autre parent : une fin de semaine sur deux une fin de semaine par mois autre : _____

PROBLÈME MOTIVANT LA DEMANDE, ÉTAT DE LA SITUATION DE SANTÉ MENTALE JEUNESSE

FACTEURS AYANT CONTRIBUÉ AU DÉCLENCHEMENT DE LA PROBLÉMATIQUE (pourquoi consultez-vous aujourd'hui ?)

FACTEURS QUI RISQUENT D'AGGRAVER LA SITUATION

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX EN SANTÉ MENTALE

FACTEURS STRESSANTS DEPUIS UN AN

ÉTENDUE DE LA PROBLÉMATIQUE

<i>Durée</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Intensité</i>	<i>Sphères touchées</i>	<i>Évolution</i>	<i>Dangerosité</i>	<i>Risque suicidaire / Homicidaire</i>
<input type="checkbox"/> Depuis plusieurs jours	<input type="checkbox"/> À l'occasion	<input type="checkbox"/> Peu intense	<input type="checkbox"/> Santé	<input type="checkbox"/> S'améliore rapidement	<input type="checkbox"/> Très faible	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
<input type="checkbox"/> Depuis des semaines	<input type="checkbox"/> À chaque mois	<input type="checkbox"/> Plus ou moins intense	<input type="checkbox"/> Conduite	<input type="checkbox"/> S'améliore lentement	<input type="checkbox"/> Relativement faible	<input type="checkbox"/> Tentative antérieure
<input type="checkbox"/> Depuis plusieurs mois	<input type="checkbox"/> À chaque semaine	<input type="checkbox"/> Très intense	<input type="checkbox"/> Vie familiale	<input type="checkbox"/> Reste stable	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Suicide dans la famille
<input type="checkbox"/> Depuis plus d'un an	<input type="checkbox"/> À tous les jours		<input type="checkbox"/> Vie scolaire	<input type="checkbox"/> Se détériore lentement	<input type="checkbox"/> Assez élevée	<input type="checkbox"/> Idéation suicidaire
<input type="checkbox"/> Depuis des années	<input type="checkbox"/> À toutes les heures		<input type="checkbox"/> Vie sociale	<input type="checkbox"/> Se détériore rapidement	<input type="checkbox"/> Très élevée	<input type="checkbox"/> A l'intention de le faire
						<input type="checkbox"/> A un plan établi

SYMPTOMATOLOGIE

<i>Anxiété</i>	<i>Humeur</i>	<i>Attention</i>	<i>Activité</i>	<i>Conduite</i>	<i>Pensées</i>	<i>Facultés</i>	<i>Autres</i>
<input type="checkbox"/> Angoisse <input type="checkbox"/> Inquiétude <input type="checkbox"/> Idée obsessionnelles <input type="checkbox"/> Compulsion <input type="checkbox"/> Peur, phobie <input type="checkbox"/> Attaque de panique <input type="checkbox"/> Évitement <input type="checkbox"/> État de stress aigu	<input type="checkbox"/> Sentiment de désespoir <input type="checkbox"/> Irritabilité, susceptibilité <input type="checkbox"/> Colère, anxiété <input type="checkbox"/> Dépression, abattement <input type="checkbox"/> Tristesse <input type="checkbox"/> Culpabilité, honte <input type="checkbox"/> Euphorie, excitation <input type="checkbox"/> Instabilité émotionnelle	<input type="checkbox"/> Actions irréfléchies <input type="checkbox"/> Inattention <input type="checkbox"/> Distraction à un rien <input type="checkbox"/> Ne semble pas écouter <input type="checkbox"/> N'obéit pas <input type="checkbox"/> Ne finit pas ses tâches <input type="checkbox"/> Perd ses jouets, objets <input type="checkbox"/> Oublie fréquemment	<input type="checkbox"/> Ne peut rester en place <input type="checkbox"/> Parle excessivement <input type="checkbox"/> Répond trop vite <input type="checkbox"/> Impulsivité <input type="checkbox"/> Agression <input type="checkbox"/> Conduite imprudente <input type="checkbox"/> Coupe la parole <input type="checkbox"/> Sans énergie, à plat	<input type="checkbox"/> Mensonges fréquents <input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Tendance à voler <input type="checkbox"/> Auto-mutilation <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Abus sexuel <input type="checkbox"/> Abus d'alcool <input type="checkbox"/> Drogue	<input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/> Dépréciation de soi <input type="checkbox"/> Surestimation de soi <input type="checkbox"/> Idées bizarres, étranges <input type="checkbox"/> Idées d'homicide <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Souvenirs traumatiques	<input type="checkbox"/> Problème de perception <input type="checkbox"/> Difficulté à comprendre <input type="checkbox"/> Difficulté à s'exprimer <input type="checkbox"/> Problème de lecture <input type="checkbox"/> Difficulté à écrire <input type="checkbox"/> Difficulté à compter <input type="checkbox"/> Difficulté à se souvenir <input type="checkbox"/> Problème d'indécision	<input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Sommeil <input type="checkbox"/> Énurésie (urine) <input type="checkbox"/> Encoprésie (selles) <input type="checkbox"/> Tics vocaux ou moteurs <input type="checkbox"/> Incoordination <input type="checkbox"/> Désorientation <input type="checkbox"/> Mutisme

FACTEURS DE RÉSILIENCE ET DE FRAGILITÉ

<i>Réseau local</i>	<i>Contacts sociaux</i>	<i>Rapports Familiaux</i>	<i>Relation avec autrui</i>	<i>Image de soi</i>	<i>Capacité d'adaptation</i>	<i>Enfance</i>	<i>À déjà été victime de</i>
<input type="checkbox"/> Multiples amis <input type="checkbox"/> Plusieurs amis <input type="checkbox"/> Quelques amis <input type="checkbox"/> Peu d'amis <input type="checkbox"/> Pas d'amis	<input type="checkbox"/> Très fréquents <input type="checkbox"/> Fréquents <input type="checkbox"/> Plus ou moins fréquents <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Très rares	<input type="checkbox"/> Très bonnes relations <input type="checkbox"/> Bonnes relations <input type="checkbox"/> Relations plus ou moins bonnes <input type="checkbox"/> Relations conflictuelles <input type="checkbox"/> Distance, indifférence	<input type="checkbox"/> Très bonnes relations <input type="checkbox"/> Bonnes relations <input type="checkbox"/> Relations + ou - bonnes <input type="checkbox"/> Relations conflictuelles <input type="checkbox"/> Isolement	<input type="checkbox"/> Très positive <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> + ou - positive <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Très négative	<input type="checkbox"/> S'adapte très facilement <input type="checkbox"/> S'adapte facilement <input type="checkbox"/> S'adapte + ou - facilement <input type="checkbox"/> S'adapte difficilement <input type="checkbox"/> S'adapte très difficilement	<input type="checkbox"/> Très heureuse <input type="checkbox"/> Heureuse <input type="checkbox"/> + ou - heureuse <input type="checkbox"/> Malheureuse <input type="checkbox"/> Très malheureuse	<input type="checkbox"/> Inceste <input type="checkbox"/> Abus sexuel <input type="checkbox"/> Violence, agression <input type="checkbox"/> Négligence <input type="checkbox"/> Taxage, intimidation

RÉUSSITE SCOLAIRE (motivation, résultat)

ÉVALUATIONS ET INTERVENTIONS ACTUELLES ET ANTÉRIEURES

<i>Professionnels</i>	<i>Nom</i>	<i>Date</i>	<i>Durée</i>	<i>Diagnostic ou résultats obtenus</i>
Médecins				
Neurologie				
ORL / Audiologie				
Pédiatrie				
Psychiatre				
Psychologue				
Orthophonie				
Travailleur social				
Psychoéducation				
Ergothérapeute				
Centre jeunesse				
Autres (précisez) :				

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Allergies : _____

Médicaments : _____

Maladies : _____

Hospitalisation : _____

ATTENTES DU JEUNE ET DE SA FAMILLE CONCERNANT CETTE DEMANDE

Le jeune est-il au courant de cette demande ? Oui Non

Le père est-il au courant de cette demande ? Oui Non

La mère est-elle au courant de cette demande ? Oui Non

Quelles sont les attentes du jeune face à cette demande ?

Quelles sont les attentes de la famille face à cette demande ?

OPINIONS CLINIQUES DU PROFESSIONNEL RÉFÉRANT

Formulaire complété par : _____

Fonction : _____

Coordonnées : _____

Date _____ Signature _____

AUTORISATION DE COMMUNICATION

Par la présente, j'autorise _____ (nom de l'intervenant), de l'établissement _____ (nom de l'établissement), à faire parvenir toutes les informations pertinentes à l'étude de mon dossier à l'équipe santé mentale jeunesse du CSSS de la Montagne

J'autorise les intervenants du programme Santé mentale jeunesse du CSSS de la Montagne à informer _____ (nom du référent) de l'orientation des services pour moi et/ou mon enfants, à la suite de la référence de ce programme.

Date _____ Signature du parent ou bénéficiaire _____