

**FORMULAIRE DE RECOMMANDATION**

**PROGRAMME POUR LES ENFANTS, LES JEUNES ET LEUR FAMILLE**

**Veillez télécopier ce formulaire au numéro de télécopieur indiqué ci-dessous.**

À l'attention de : **ADMISSION**

**Tél. : 416 535-8501, poste 4366**

- Service des troubles de l'humeur et de l'anxiété **Télec. : 416 979-4685**
- Programme des troubles psychotiques
- Service de consultations en psychiatrie
- Clinique de l'identité de genre
- Service de l'amélioration du comportement

- Veuillez noter que nous n'offrons pas de services d'urgence ni d'intervention en cas de crise.
- Veuillez demander au parent (ou à l'adolescent) d'apporter le bulletin scolaire le plus récent ainsi que tout autre document relatif aux services de santé mentale (y compris les évaluations psychologiques) reçus au cours des deux dernières années.

**Patient :**  **Male** \_\_\_\_\_  
 **Femelle** \_\_\_\_\_  
Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

**Date de naissance** \_\_\_\_\_ **N° de carte Santé** \_\_\_\_\_  
Jour / Mois / Année Code \_\_\_\_\_

**Le client habite avec :**  ses 2 parents  sa mère  son père  autre

**Tuteur** Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
code postal \_\_\_\_\_  
Téléphone: (domicile) \_\_\_\_\_ (travail) \_\_\_\_\_

**Tuteur** Nom : \_\_\_\_\_ Relation avec le patient \_\_\_\_\_  
(parenté/ SAE/ foyer de groupe/ famille élargie, etc.)

Adresse : \_\_\_\_\_  
code postal \_\_\_\_\_  
Téléphone : (domicile) \_\_\_\_\_ (travail) \_\_\_\_\_

**Programme pour les enfants, les jeunes et leur famille**  
**Formulaire de recommandation -- Page deux**

**Droit de garde :** (le cas échéant)  garde conjointe  autre (p. ex. SAE, membre de la parenté)  
**Préciser** \_\_\_\_\_

Si un des parents a la garde complète, l'autre parent a-t-il des droits de visite ?  Oui  Non

**Intervention de la SAE :** aucune    antérieurement    actuellement

**Nom de l'école :** \_\_\_\_\_ **Année d'étude :** \_\_\_\_ **Conseil scolaire** \_\_\_\_\_

<p><b><u>Veillez préciser les motifs de la recommandation.</u></b> <b><u>*Veillez prendre le temps de fournir cette information.</u></b></p>

L'enfant éprouve de la difficulté à fonctionner :    à la maison    à l'école    avec ses pairs

Quel est le problème qui empêche l'enfant de fonctionner au quotidien? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TRAITEMENT REÇU JUSQU'ICI** (Fournir les rapports du patient)

Médicaments (Préciser) \_\_\_\_\_

Counseling (Préciser) \_\_\_\_\_

Organismes/hôpitaux où le patient a été consulté OU a fait une demande (au cours des deux dernières années)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Programme pour les enfants, les jeunes et leur famille**  
**Formulaire de recommandation -- Page trois**

**Médecin orienteur**

Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
N° de facturation : \_\_\_\_\_

**Tuteur orienteur**

Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_