|  |  |
| --- | --- |
| Dossier DI-TSA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |       |
| Dossier DP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |       |
| Dossier ICLSC : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |       |
| Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |       |
| Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |       |
| D.D.N. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_ |      | - |    | - |    |
|  AAAA MM JJ |

\*MCQ00161\*

MCQ00161



**DEMANDE DE SERVICES DI-TSA-DP**

**Guichet d’accès Accueil-Évaluation-Orientation-Liaison (AEOL)**

**Services 8-21 ans (ANNEXE 4)**

|  |
| --- |
| **composition de la famille** |
| Père/mère/autres adultes | Date de naissance | Occupation |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| Fratrie | Date de naissance | Scolarisation |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |
| --- |
| **ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX** |
| y a-t-il des membres de votre famille qui ont présenté ou présentent des troubles ou des difficultés de développement? Exemple : Santé mentale, TSA, déficience intellectuelle, etc. [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, précisez : |
| Lien avec l’enfant | Problématique |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

|  |
| --- |
| **MILIEU SCOLAIRE** |
| Est-ce que l’enfant fréquente un milieu scolaire? | [ ]  Oui |  | [ ]  Non |  |
| [ ]  École régulière, classe régulière  | [ ]  École régulière, classe adaptée | [ ]  École adaptée |
| Précisez le type de classe :  |       |
| Nom de l’école :  |       |
| Enseignant(e)/tuteur :  |       | Tél. :  |       | poste : |       |
| Reçoit-til une aide particulière? [ ]  Oui, laquelle? |       | [ ]  Non |
| Quel est le fonctionnement de l’enfant dans son milieu scolaire? |       |
|       |
|       |
|  |  |  |  |

\*MCQ00161\*

MCQ00161

**Dossier de l’usager**

**Nom, Prénom**

|  |
| --- |
| **ÉVALUATIONS ANTÉRIEURES** |
| Spécialiste | Date | Établissement | Nom du spécialiste | Résultats/Dx | Référé et en attente d’évaluation | Rapports disponibles |
| Génétique |       |       |       |       |       | [ ]  Oui[ ]  Non |
| Neurologie |       |       |       |       |       | [ ]  Oui[ ]  Non |
| Audiologie |       |       |       |       |       | [ ]  Oui[ ]  Non |
| Ophtalmologie |       |       |       |       |       | [ ]  Oui[ ]  Non |
| Pédopsychiatrie |       |       |       |       |       | [ ]  Oui[ ]  Non |
| Orthophonie |       |       |       |       |       | [ ]  Oui[ ]  Non |
| ORL |       |       |       |       |       | [ ]  Oui[ ]  Non |
| Ergothérapie |       |       |       |       |       | [ ]  Oui[ ]  Non |
| Psychologie |       |       |       |       |       | [ ]  Oui[ ]  Non |
| Neuropsychologie |       |       |       |       |       | [ ]  Oui[ ]  Non |
| Psychoéducation (Dépistage TSA) |       |       |       |       |       | [ ]  Oui[ ]  Non |
|  |       |       |       |