|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  | |  | | | |  | |  | |