



Services paramédicaux & Clinique CDC 0-7
Formulaire de demande de consultation

1001, boul. Décarie, Bureau A04-3140, Montréal, Québec, H4A 3J1
Tél.: (514) 412-4496 Téléc.: (514) 412- 4136
Courriel: bdbci@muhc.mcgill.ca

Informations du patient (en lettres moulées) :

Date de naissance (aaaa/mm/jj) :		No dossier HME
Nom de famille, Prénom		
Adresse	Ville, Province	Code postal
Numéro de téléphone		Autre numéro de téléphone
Courriel	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais Autre: _____ <input type="checkbox"/> Besoin d'un interprète	

Date de la demande de consultation (aaaa/mm/jj):

SVP fournir les informations suivantes: NB si l'enfant ne répond pas aux critères suivants, veuillez réacheminer la demande au CIUSSS / CISSS du secteur de résidence de la famille

Demeure dans l'un des secteurs du RUISSS de McGill: Nunavik, Outaouais, Territoire Crie, Centre-Ouest de Montréal et l'Ouest de Montréal, Nord du Québec, Montérégie-Ouest, Abitibi-Témiscamingue

OU / ET

Est suivi, sur une base régulière, par une équipe de soins tertiaires de l'HME (ex. Oncologie)

ET

Présente des retards de développement associés à une condition médicale complexe et /ou une situation psychosociale complexe (ex. cas de DPJ) Préciser : _____

OU / ET

A déjà été suivi par l'USIN Préciser : _____

Veillez décrire les motifs de la consultation:

Veillez fournir tout renseignement supplémentaire sur un feuillet séparé.

SVP indiquer l'évaluation demandée et préciser les motifs de la consultation:

NB pour une demande d'évaluation en audiologie seulement, veuillez utiliser le formulaire du Département d'audiologie, disponible en ligne sur le site Internet de l'HME

Évaluation du TSA Les parents ont été informés que la présence d'un TSA est soupçonnée
 Difficultés importantes au niveau de la socialisation Difficultés communicationnelles Comportement / jeu atypique
 Autre: _____

OU

Ergothérapie Préciser: _____

Évaluation clinique de l'alimentation (évaluation des habiletés oro-motrices et de la sécurité à l'alimentation) par une ergothérapeute

Veillez indiquer vos préoccupations en lien avec l'alimentation : _____

A besoin d'une Vidéofluoroscopie: Oui (veuillez envoyer cette demande de consultation au service de radiologie: 514-412-4347) No

Orthophonie Préciser: _____

Physiothérapie Préciser: _____

OU

Évaluation du TSAF *Veillez spécifier la fréquence, la quantité, la durée et le moment de l'exposition prénatale à l'alcool (EPA). Ces informations doivent être confirmées par la mère biologique seulement, ou dans un document signé par celle-ci.*

Veillez indiquer si l'enfant est en attente ou suivi par les services suivants: Veillez fournir leurs noms et leurs coordonnées

CRDP (Centre de réadaptation en déficience physique): _____
 CRDI-TSA (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et Trouble du spectre de l'autisme): _____
 CLSC / CISSS / CIUSSS (ex. Agir Tôt): _____
 Services de protection de la jeunesse (ex. DPJ / Batshaw) *Nom et coordonnées du/des délégué(s):* _____
 Autre: _____

Évaluations antérieures: *Veillez annexer les rapports*

Audiologie Ergothérapie Orthophonie Physiothérapie Psychologie Psychiatrie Autre: _____

Référent:

Nom du médecin référent ou infirmier(e) praticien(ne) (en lettres moulées) : _____ No. de licence: _____

Adresse: _____

No. de téléphone: _____ No. de télécopieur: _____

Nom du médecin traitant ou pédiatre (si différent): _____

LES PARENTS ONT ÉTÉ INFORMÉS ET ACCEPTENT CETTE DEMANDE DE CONSULTATION Signature: _____