

N° dossier
Nom
Prénom
Date de naissance
NAM
Nom de la mère
Prénom de la mère
Nom du père
Prénom du père

DEMANDE DE SERVICES SPÉCIALISÉS DITSADP

Direction clinique _____		Programme _____		Site _____	
1 – IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE					
Nom			Prénom		
Date de naissance			Genre <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre _____		
Numéro d'assurance maladie			Date d'expiration		
Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais			<input type="checkbox"/> Autre, préciser		
Adresse					
Ville		Code postal		Région de provenance	
Téléphone domicile			Téléphone au travail		
Cellulaire			Courriel		
Occupation			État civil		
Milieu de vie		<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec parents		<input type="checkbox"/> Avec mère <input type="checkbox"/> RI-RTF-RAC	
		<input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Garde partagée		<input type="checkbox"/> Avec père <input type="checkbox"/> CHSLD	
Nom du conjoint/conjointe					
Nom de la mère			Nom du père		
Téléphone			Téléphone		
Courriel			Courriel		
2 – DÉFICIENCE DE LA PERSONNE					
<input type="checkbox"/> Déficience auditive			<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle		
<input type="checkbox"/> Déficience du langage			<input type="checkbox"/> Déficience motrice		
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle			<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme		
Diagnostic principal					
Date de l'événement _____ aaaa/mm/jj					
Autres diagnostics			Allergies		
Médecin traitant					
Responsabilité de paiement			<input type="checkbox"/> CNESST <input type="checkbox"/> IVAC <input type="checkbox"/> SAAQ		
Numéro d'indemnisation :			Personne contact :		
Régime de protection		<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Privé		<input type="checkbox"/> Public	

Nom :

N° dossier :

3 – MOTIFS DE LA RÉFÉRENCE ET ATTENTES DE L'USAGER		
4 – COORDONNÉES DU RÉFÉRENT		
Nom du référent		
Établissement		
Téléphone	Télécopieur	
Courriel		
Date _____ aaaa/mm/jj	Signature _____	Profession _____
5 – CONSENTEMENT		
L'utilisateur ou son parent/tuteur/référent (14 ans et moins) est informé et en accord avec la demande <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
6 – DOCUMENTS JOINTS À LA DEMANDE DE RÉFÉRENCE		
<input type="checkbox"/> Rapports médicaux	<input type="checkbox"/> Rapports professionnels	
<input type="checkbox"/> Résumé du dossier	<input type="checkbox"/> Rapports d'examen (laboratoire, radiographie, etc.)	
Déficience auditive - OBLIGATOIRE	Déficience visuelle - OBLIGATOIRE	
<input type="checkbox"/> Rapport d'audiologie incluant l'audiogramme	<input type="checkbox"/> Rapport ophtalmologique	
7 – COORDONNÉES POUR TRANSMETTRE LA DEMANDE		
<input type="checkbox"/> Déficience auditive enfants – adolescents 0 – 17 ans	<input type="checkbox"/> Déficience auditive adultes (18 ans et plus)	
<input type="checkbox"/> Déficience du langage enfants – adolescents 7 – 17 ans	<input type="checkbox"/> Déficience motrice adultes (18 ans et plus)	
<input type="checkbox"/> Déficience motrice enfants – adolescents 7 – 17 ans	<input type="checkbox"/> Déficience visuelle (tous âges)	
<input type="checkbox"/> Implant cochléaire (tous âges)		
Accès aux services spécialisés DITSADP IRDQP Saint-Louis 2975, chemin Saint-Louis Québec (Québec) G1W 1P9 Téléphone : 418 529-9141, poste 44393 Télécopieur : 418 653-2794 Courriel : aeo.st-louis.irdpq.ciusscn@sss.gouv.qc.ca	Accès aux services spécialisés DITSADP IRDQP Hamel 525, boulevard Wilfrid-Hamel Québec (Québec) G1M 2S8 Téléphone : 418 529-9141, poste 43719 Télécopieur : 418 649-3703 Courriel : guichetditsadp.ciusscn@sss.gouv.qc.ca	
Légende		
CHSLD : Centres d'hébergement et de soins de longue durée	IVAC : Indemnisation des victimes d'actes criminels	
CNESST : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail	RI-RTF-RAC : Ressources intermédiaires – Ressources de type familial – Résidence à assistance continue	
DITSADP : Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique	SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec	
IRDQP : Institut de réadaptation en déficience physique de Québec		
Section réservée pour la signature électronique		