Coordonnatrice ÉIJ

**Formulaire de référence à l’Équipe d’Intervention Jeunesse**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No de dossier |  |  | No RAMQ ou CODE PERMANENT |  |
| Nom |  |  | DDN |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR | |
| Établissement ou programme service |  |
| Nom de l’intervenant référant |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PÈRE | | | | | | |
| Nom et prénom |  | | | | | |
| Adresse |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| Téléphone (résidence) |  | Téléphone (travail) |  | | | |
| Courriel |  | Garde légale |  | Oui |  | Non |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MÈRE | | | | | | |
| Nom et prénom |  | | | | | |
| Adresse |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| Téléphone (résidence) |  | Téléphone (travail) |  | | | |
| Courriel |  | Garde légale |  | Oui |  | Non |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| TUTEUR (S’IL Y A LIEU) | |
| Nom et prénom |  |

|  |
| --- |
| ADRESSE DU JEUNE (SI AUTRE QUE CELLE DU PÈRE OU DE LA MÈRE) |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LIEU DE RÉSIDENCE DU JEUNE | | | | | | | |
|  | Milieu naturel |  | Père |  | Mère |  | Père et mère |
|  | Famille d’accueil |  | | | | | |
|  | Centre spécialisé |  | | | | | |
|  | Autre |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CADRE LÉGAL | | | | |
|  | Loi sur les services de santé et services sociaux | | | |
|  | Loi sur la Protection de la jeunesse : | | | |
|  | | Entente sur mesures volontaires |  | Ordonnance du tribunal |
|  | Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents | | | |
|  | Ne sait pas | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ÉCOLE FRÉQUENTÉE | |
| École fréquentée |  |
| Degré scolaire |  |
| Milieu de garde |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SERVICES UTILISÉS ACTUELLEMENT | | | |
|  | |  |  |
| **À l’intérieur du CISSS de Chaudière-Appalaches** | |  | **Nom et fonction de l’intervenant** |
|  | Programme Déficience intellectuelle et  Trouble du spectre de l’autisme |  |  |
|  | Programme Déficience physique |  |  |
|  | Programme Dépendance |  |  |
|  | Programme jeunesse, mission 1re ligne |  |  |
|  | Programme jeunesse, mission 2e ligne |  |  |
|  | Programme jeunesse, pédopsychiatrie |  |  |
|  | Autre programme (spécifiez) |  |  |
|  | | | |
| **À l’extérieur du CISSS de Chaudière-Appalaches** | | | |
|  | Conseiller à l’intégration OPHQ |  |  |
|  | Centre de la petite enfance |  |  |
|  | Milieu scolaire |  |  |
|  | Organismes communautaires (spécifiez) |  |  |
|  | | | |
| Autres services utilisés | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RENCONTRES PRÉCÉDENTES D’ORGANISATION DE SERVICES À L’INTÉRIEUR DES 12 DERNIERS MOIS | | | | |
| (Exemple : PSI, comité-conseil, rencontre synthèse multidisciplinaire intersectorielle…) | | | | |
| **Date** |  | **Types de rencontres** |  | **Établissements présents** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| MOTIF DE RÉFÉRENCE |
|  |

|  |
| --- |
| RÉSUMÉ DE LA SITUATION |
| (Description des difficultés observées au niveau personnel, familial, scolaire, social, etc.) |
|  |

|  |
| --- |
| CAPACITÉS ET FORCES DU MILIEU |
| (Chez le jeune, les parents, le réseau, etc.) |
|  |

|  |
| --- |
| RÉSULTATS ATTENDUS DE LA DÉMARCHE ÉIJ |
| Quelles sont les difficultés cliniques ou reliées au partenariat qui vous amènent à référer à l’ÉIJ? |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COMPLÉMENT D’INFORMATION | | | |
| **Évaluations antérieures** | **Oui** | **Non** | **Nom d’établissement** |
| Évaluation du fonctionnement social |  |  |  |
| Évaluation pédopsychiatrique |  |  |  |
| Évaluation psychologique |  |  |  |
| Grille d’analyse des besoins |  |  |  |
| Autres (exemple : orthopédagogique, orthophonique, neurologique, etc.) |  |  |  |
| **Spécifiez** |  | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date de la référence** |  |  | | | |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
| *Signature de l’intervenant référant* | |  | *Téléphone* |  | *Date* |
|  | |  |  |  |  |
| *Signature de l’agent de liaison ou identification de l'agent de liaison consulté pour la demande* | |  | *Téléphone* |  | *Date* |