

DEMANDE DE CONSULTATION ÉVALUATION - VOLET 0-5 AN

VEUILLEZ, SVP, REMPLIR TOUS LES CHAMPS

Date : ____/____/____			
COORDONNÉES de l'ENFANT			
NOM :		Prénom : DN : ____/____/____ NAM :	
Adresse:			
COORDONNÉES de PARENT(S) / TUTEUR			
PÈRE:	NOM :	PRÉNOM:	
MÈRE :	NOM :	PRÉNOM :	
Tuteur	NOM :	PRÉNOM :	
Langue d'usage (Communication avec parent ou tuteur) :			
RÉFÉRENT ☐ IPS ☐ MD famille ☐ Pédiatre ☐ MD autre spécialité (précisez) :			
NOM :		Sig :	Lic #
Êtes-vous MD ou IPS traitant ? ☐ Oui ☐ Non		MD ou IPS traitant avisé ? ☐ Oui ☐ Non	
TRAITANT ☐ IPS ☐ MD famille ☐ Pédiatre			
NOM :		Sig :	Lic #
NB : Au terme de la consultation, le patient sera retourné aux soins du MD ou IPS traitant			
RAISON(S) de CONSULTATION			
SVP Transmettre votre note clinique ou résumé de dossier		Fax : (514) 345-2148 / 514-345-2469 Courriel : cirene.hsj@ssss.gouv.qc.ca	
FONCTIONNEMENT ACTUEL			
DOMAINE de DÉV	NORMAL	RETARDS OU PARTICULARITÉS, svp précisez	
MOTRICITÉ GLOBALE		Marche ☐ Oui Acquise? ☐ Non	
MOTRICITÉ FINE			
COMMUNICATION		☐ Retard langage expressif ☐ Absence de langage ☐ Retard compréhension du langage ☐ Socialisation pauvre ☐ Atypie de la communication ☐ Autre (précisez) :	

DEMANDE DE CONSULTATION ÉVALUATION - VOLET 0-5 AN

COMPORTEMENT	☐ Agitation ☐ Atypies ☐ Autre(s), précisez :	☐ Opposition ☐ Crises (désorganisation)	☐ Agressivité ☐ Automutilation
SOMMEIL	☐ Sans particularité	☐ Pb, précisez :	
ALIMENTATION	☐ Sans particularité	☐ Pb, précisez :	

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ou FACTEURS DE RISQUE PERTINENTS			
Grossesse	☐ Sans particularité	☐ Pb, précisez :	
Périnatal	☐ Sans particularité	☐ Pb, précisez :	
Problème(s) Santé			
SERVICE(S) ACTUEL(S) :			
LIEU de dispensation	Préciser quels sont les services reçus :		
☐ CISSS/CIUSSS ☐ CRDP/CRDI ☐ PRIVÉ	☐ Physiothérapie ☐ Psychoéducation ☐ Neuropsychologie	☐ Ergothérapie ☐ TES ☐ Service Social	☐ Orthophonie ☐ Psychologie ☐ Autre :
Critères d'admissibilité aux cliniques d'évaluation du CIRENE volet 0-5 ans			
RETARD MOTEUR	• Enfant âgé entre 0-2ans • Retard moteur significatif et prédominant		
TROUBLE DU NEURODÉVELOPPEMENT	• Enfant âgé entre 0-6ans moins 1jr • Difficultés modérées à sévères ≥ 2 sphères du		
RAISONS pour lesquelles votre demande pourrait être REFUSÉE au CIRENE			
☐ La demande ne répond aux critères d'admissibilité du CIRENE (voir annexe) ☐ L'enfant a déjà été évalué pour le problème pour lequel il est référé au CIRENE ☐ Une équipe d'évaluation du développement existe dans la région domiciliaire de l'enfant. Vous devez rediriger la demande vers l'accueil psychosocial du CISSS/CIUSSS du secteur domiciliaire du patient. https://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/votre-ciuss-ciuuss/ ☐ La demande de consultation ne cadre pas avec les mandats des équipes du CIRENE qui sont : 1. Évaluation d'enfants chez qui on suspecte un trouble du neuro-développement, 2. Établissement d'un diagnostic clinique et, si possible étiologique. 3. Élaboration d'un plan d'investigation et d'intervention 4. Orientation pour une prise en charge en milieu de réadaptation ou en milieu scolaire			
Les équipes du CIRENE n'interviennent que dans le cadre de leur mandat d'évaluation. L'enfant sera retourné aux soins du médecin traitant lorsque le processus d'évaluation est complété. Pour demander dès maintenant des services de proximité dans le cadre du programme Agir-Tôt, tels : • Stimulation précoce • Services professionnels (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, psychoéducation) • Intervention psychosociale. Veuillez diriger la famille vers l'accueil psychosocial du CISSS/CIUSSS de leur secteur domiciliaire. https://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/votre-ciuss-ciuuss/			
POUR JOINDRE le CIRENE ou transmettre les documents de manière confidentielle			
Téléphone : (514) 345-7702	Télécopieur : (514) 345-2469/ 514- 345-2148		Courriel : cirene.hs@ssss.gouv.qc.ca