

Cette case doit contenir : 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

1 – IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE				
Nom		Prénom		
Date de naissance		Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin
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"/> SAAQ		
Numéro d'indemnisation	<input type="checkbox"/> IVAC	<input type="checkbox"/> Autre		_____
Régime de protection	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Public	

Nom :

N° Dossier:

3 – MOTIFS DE LA RÉFÉRENCE

4 – COORDONNÉES DU RÉFÉRENT

Nom du référent

Établissement

Téléphone

Télécopieur

Courriel

Date _____ Signature _____ Fonction _____
aaaa/mm/jj

5 – CONSENTEMENT

L'usager ou son parent/tuteur/référent (14 ans et moins) est informé de la demande Oui Non

6 – DOCUMENTS JOINTS À LA DEMANDE DE RÉFÉRENCE

Déficiência du langage, déficiência motrice, déficiência intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme 0 – 5 ans

- Rapports médicaux Rapports professionnels
 Résumé du dossier Rapports d'examen (laboratoire, radiographie, etc.)

Déficiência auditive

- Rapport d'audiologie incluant l'audiogramme

Déficiência visuelle

- Rapport oculo-visuel

7 – COORDONNÉES POUR TRANSMETTRE LA DEMANDE

- Déficiencia auditive enfants – adolescents 0 – 17 ans
 Déficiencia du langage enfants – adolescents 0 – 17 ans
 Déficiencia motrice enfants – adolescents 0 – 17 ans
 Implant cochléaire (tous âges)
 Retard, retard global de développement
 Déficiencia intellectuelle (0 – 5 ans)
 Trouble du spectre de l'autisme (0 – 5 ans)

- Déficiencia auditive adultes (18 ans et plus)
 Déficiencia motrice adultes (18 ans et plus)
 Déficiencia visuelle (tous âges)
 Surdicécité (tous âges)

Accès aux services spécialisés DITSADP

IRDQP Saint-Louis

2975, chemin Saint-Louis
Québec (Québec) G1W 1P9
Téléphone : 418 529-9141, poste 4393
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 3719
Télécopieur : 418 649-3703
Courriel : aeoadm-inscript.irdpq.ciusscn@sss.gouv.qc.ca

Légende

CHSLD : Centres d'hébergement et de soins de longue durée
CNESTT : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
DITSADP : Déficiencia intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficiencia physique
IRDQP : Institut de réadaptation en déficiencia physique de Québec
IVAC : Indemnisation des victimes d'actes criminels
RI-RTF-RAC : Ressources intermédiaires – Ressources de type familial – Résidence à assistance continue
SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec