**Demande de services – Équipe locale seulement**



**Télécopier à : Admission ACCESS RTE 705 792-2775**

**Date du renvoi** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(jj-mm-aaaa) **No de dossier client partagé** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Renseignements sur le client :** L’enfant/le jeune est un client du RTE, les données démographiques et renseignements sur la personne soignante sont exacts dans GoldCare [ ]  Oui [ ]  Non, rempli tous les champs |
| **Nom :** |  | **DDN :** |  | **Genre :** | [ ] H [ ] F [ ] A |
|  (Nom de famille) | (Prénom) | (jj-mm-aaaa) |  |
| **Adresse :** |  |
| (Adresse civique, inclure le no d’app. ou d’unité) | (Ville) | (Province) | (Code postal) |
| **École :** |  | **Année :** |  |
| **Conseil scolaire :** | **[ ] s/o** **[ ] SCDSB** **[ ] SMCDSB** **[ ] YCDSB** **[ ] YRDSB** **[ ] CSDCCS** **[ ] CSViamonde** **[ ] Autre** |
| **Diagnostic :** |  | **Médecin :** |  |
| **Soignant 1** **Même adresse que le client : [ ] OUI** **ou** **[ ] NON, veuillez remplir tous les champs ci-dessous** | **Soignant 2 Même adresse que le client : [ ] OUI ou** **[ ] NON, veuillez remplir tous les champs ci-dessous** |
| Lien avec le client :  | Lien avec le client :  |
| Statut de garde : | Statut de garde : |
| Nom : | Nom : |
| Adresse : | Adresse : |
| No principal :  | No secondaire : | No principal : | No secondaire : |
| Courriel : | Courriel : |
| Langues parlées : | Langues parlées : |
| Interprétation requise pour la langue indiquée ci-dessus [ ]  Oui [ ]  NonServices en français requis [ ]  Oui [ ]  Non | Interprétation requise pour la langue indiquée ci-dessus [ ]  Oui [ ]  Non Services en français requis [ ]  Oui [ ]  Non |
| **Service** | **(****)** | **Décrire les raisons OU le(s) domaine(s) de besoin (limite de 800 caractères)** |
| Audiologie (région de York seulement) | [ ]  |  |
| Service des ressources en bref (SRB) | [ ]  |  |
| Programme de mentorat familial | [ ]  |  |
| Alimentation (niveau de l’équipe locale) | [ ]  |  |
| Ergothérapie (OT) | [ ]  |  |
| Physiothérapie (PT) | [ ]  |  |
| Navigation des services (NS) | [ ]  |  |
| Coordination des services | [ ]  |  |
| Donner les renseignements pertinents / Statut du client (annexer tout rapport pertinent ou résultats d’examen) | Maladie dégénérative? [ ]  Oui [ ]  Non |
|  |
| Énumérer les services/organismes qui œuvrent présentement auprès de l’enfant et de la famille : |
|  |
| Le jeune, la famille est d’accord avec ce renvoi, y compris la collecte et le partage de renseignements aux fins de traitement du renvoi. [ ]  Oui [ ]  Non |
| Le consentement du réseau relatif à l’échange de renseignements entre les membres de l’équipe de l’enfant et de la famille a été discuté avec l’enfant et la famille et le formulaire a été dûment rempli. [ ]  Oui [ ]  Non**Si oui, qui a fourni le consentement?** **[ ]  Client/Jeune** **[ ]  Parent/Tuteur, trutrice** **[ ]  SAE**  |
| Le jeune, la famille est d’accord que le RTE utilise l’adresse courriel pour communiquer avec la famille pour partager l’information sur les événements à venir et les occasions de formation du réseau. [ ]  Oui [ ]  Non |
|  |  |  |
| (Signature de la personne source du renvoi) | (Nom et désignation et professionnelle, en lettres moulées) | (Nom de l’organisme source du renvoi) |
|  |  |  |
| (Courriel de la personne source du renvoi) | No de télécopieur de la personne source du renvoi (obligatoire) | No de téléphone et de poste de la personne source du renvoi |

***Cette télécopie et tout document annexé renferment des renseignements confidentiels et privilégiés. Si vous n’êtes pas le destinataire prévu, veuillez en aviser immédiatement l’expéditeur par retour de télécopie ou communiquer avec la personne source du renvoi au numéro indiqué ci-dessus; détruisez ensuite cette télécopie et toute copie imprimée. Formulaire révisé : le 21 juin-2019***