



Demande de services – Équipe locale seulement

Télécopier à : Admission ACCESS RTE 705 792-2775

Date du renvoi : _____ (jj-mm-aaaa) N° 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 le dossier client partagé (GoldCare) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, rempli tous les champs			
Nom :		DDN :	Genre : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A
	(Nom de famille)	(Prénom)	(jj-mm-aaaa)
Adresse :			
	(Adresse civique, inclure le n° d'app. ou d'unité)	(Ville)	(Province) (Code postal)
École :		Année :	
Conseil scolaire :	<input type="checkbox"/> s/o <input type="checkbox"/> SCDSB <input type="checkbox"/> SMCDSD <input type="checkbox"/> YCDSB <input type="checkbox"/> YRDSB <input type="checkbox"/> CSCMA <input type="checkbox"/> CSViamonde <input type="checkbox"/> Autre		
Diagnostic :		Médecin :	
Soignant 1	Même adresse que le client : <input type="checkbox"/> OUI ou <input type="checkbox"/> NON, veuillez remplir tous les champs ci-dessous	Soignant 2	Même adresse que le client : <input type="checkbox"/> OUI ou <input type="checkbox"/> 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 :	
N° principal :	N° secondaire :	N° principal :	N° secondaire :
Courriel :		Courriel :	
Langues parlées :		Langues parlées :	
Interprétation requise pour la langue indiquée ci-dessus <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Interprétation requise pour la langue indiquée ci-dessus <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Services en français requis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Services en français requis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Service	<input type="checkbox"/>	Décrire les raisons OU le(s) domaine(s) de besoin (limite de 800 caractères)	
Audiologie (région de York seulement)	<input type="checkbox"/>		
Service des ressources en bref (SRB)	<input type="checkbox"/>		
Programme de mentorat familial	<input type="checkbox"/>		
Alimentation (niveau de l'équipe locale)	<input type="checkbox"/>		
Ergothérapie (OT)	<input type="checkbox"/>		
Physiothérapie (PT)	<input type="checkbox"/>		
Navigation des services (NS)	<input type="checkbox"/>		
Coordination des services	<input type="checkbox"/>		
Donner les renseignements pertinents / Statut du client (annexer tout rapport pertinent ou résultats d'examen)		Maladie dégénérative? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, qui a fourni le consentement? <input type="checkbox"/> Client/Jeune <input type="checkbox"/> Parent/Tuteur, trutrice <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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)

N° de télécopieur de la personne source du renvoi (obligatoire)

N° 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