



**Demande de services -
Programme de réadaptation pour
enfants de l'est de l'Ontario
Services thérapeutiques**

Autocollant patient

Lettre Avis de réception : Date de l'envoi :

** Toutes les sections doivent être remplies afin que la demande soit acceptée.

Référence demandée/remplie par : Professionnel de la santé Parent

Les parents doivent compléter TOUTES les sections du formulaire.

Les professionnels de la santé DOIVENT remplir la section 1 seulement.

Nom : Profession :

Adresse de la clinique :

Numéro de téléphone :

Le parent (ou les parents ou tuteur légal) a été informé des critères d'admissibilité au Programme de réadaptation pour enfants en ce qui concerne l'âge de l'enfant.

1. ENFANT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE

Prénom : Nom de famille :

DDN (j/m/a) : Âge : Sexe : Garçon Fille

Adresse : Ville : Province : Code postal :

Numéro de carte santé

OHIP : Date d'expiration :

RAMQ : Date d'expiration :

Langue de service : Français Anglais Médecin de famille:

Diagnostic connu (indiquez le diagnostic) : Aucun diagnostic

Confirmez que le parent ou le tuteur légal a été informé des raisons de la demande de services et consent à celle-ci.

***ATTENTION: Les difficultés suivantes ne seront pas traitées : problèmes de comportement, diagnostic oppositionnel. Les enfants dans des classes spécialisées (TSA, langage) sont seulement éligibles aux services en orthophonie suivants: articulation/phonologie, bégaiement et voix

Motif de la référence. Veuillez cocher les inquiétudes que vous avez pour votre enfant :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Peu de vocabulaire | <input type="checkbox"/> Motricité globale | <input type="checkbox"/> Motricité fine |
| <input type="checkbox"/> Ne produit pas des phrases complètes | <input type="checkbox"/> Coordination | <input type="checkbox"/> Préhension du crayon/ciseaux |
| <input type="checkbox"/> Ne comprend pas bien les consignes | <input type="checkbox"/> Torticolis | <input type="checkbox"/> Besoins sensoriels |
| <input type="checkbox"/> Ne comprend pas bien les questions | <input type="checkbox"/> Plagiocéphalie | <input type="checkbox"/> Habilétés de jeu |
| <input type="checkbox"/> Ne parle pas | <input type="checkbox"/> Difficulté à s'asseoir seul | <input type="checkbox"/> Habilétés sociales |
| <input type="checkbox"/> N'articule pas bien/ne prononce pas bien certains sons | <input type="checkbox"/> Difficulté à marcher | <input type="checkbox"/> Alimentation |
| <input type="checkbox"/> Bégaye | <input type="checkbox"/> Difficulté à sauter | <input type="checkbox"/> Habilétés d'habillage |
| <input type="checkbox"/> Difficulté en lecture et écriture | <input type="checkbox"/> Difficulté à faire du vélo | <input type="checkbox"/> Entrainement à la propreté |
| | <input type="checkbox"/> Force musculaire | <input type="checkbox"/> Sommeil |
| | <input type="checkbox"/> Hypotonie/Hypertonie | <input type="checkbox"/> Préparation à l'école |
| | | <input type="checkbox"/> Écriture |

Autre / Commentaires :



**Demande de services -
Programme de réadaptation pour
enfants de l'est de l'Ontario
Services thérapeutiques**

Autocollant patient

2. IDENTIFICATION DES PARENTS OU DU TUTEUR LÉGAL

Avec qui l'enfant habite-t-il?

Les deux parents Père Mère Autre

Garde partagée **Si les parents sont divorcés/séparés, qui en a la garde?**

Père Mère

<input type="checkbox"/> Une famille d'accueil	Depuis quand ?	Pour combien de temps ?
--	----------------	-------------------------

<input type="checkbox"/> Une famille adoptive	Depuis quand ?	Pays d'origine : _____
---	----------------	------------------------

Nom du parent :

Nom du tuteur légal :

Adresse électronique :	Occupation :
------------------------	--------------

Téléphone (domicile) :	Langue usuelle :
------------------------	------------------

Téléphone (cellulaire) :	Téléphone (travail) :
--------------------------	-----------------------

N° 1 : Adresse (si elle diffère de l'adresse indiquée ci-dessus) :

Nom du parent :

Nom du tuteur légal :

Adresse électronique :	Occupation :
------------------------	--------------

Téléphone (domicile) :	Langue usuelle :
------------------------	------------------

Téléphone (cellulaire) :	Téléphone (travail) :
--------------------------	-----------------------

N° 2 : Adresse (si elle diffère de l'adresse indiquée ci-dessus) :

**Demande de services -
Programme de réadaptation pour
enfants
Services thérapeutiques**

Autocollant patient

Page 3/3

3. ÉVALUATION ET INTERVENTIONS ANTÉRIEURES

Professionnels consultés	Année	Évaluations	Intervention	Rapports disponibles
Audiologie				
BSEO				
Centre Jeunesse (DPJ)				
CLSC				
Ergothérapie				
Travailleur social				
Neurologie				
Orthopédagogue				
Orthopédie				
Orthophonie				
Pédiatre				
Pédopsychiatre				
Physiothérapie				
Psychoéducateur				
Psychologie				
Valoris				
Analyse appliquée du comportement (AAC)				
Services non mentionnés et/ou commentaires:				



**Demande de services -
Programme de réadaptation pour
enfants
Services thérapeutiques**

Autocollant patient

Page 3/3

***Veuillez nous envoyer les documents que vous avez en main** (Évaluations antérieures, autorisation à communiquer, recommandations, rapports médicaux, rapports de progrès, plan d'intervention, etc.)

****La demande ne sera pas acceptée sans toute la documentation proprement remise****

***Transmettez les documents par la poste à l'adresse
suivante :**

Programme de réadaptation pour enfants
Hôpital général de Hawkesbury et District
1111 rue Ghislain, Hawkesbury (Ontario) K6A 3G5

OU Par télécopieur : 613-636-6199
 Par courriel : TherapeuticServices@hgh.ca