

DEMANDE DE SERVICES
Programme de réadaptation pour
enfants de l'Est de l'Ontario
(PREEO)

Autocollant patient

Page 1/4

Lettre Avis de réception : ☐ Date de l'envoi :

Référence demandée/remplie par : ☐ Professionnel de la santé ☐ Parent

*****TOUTES les sections du formulaire doivent être remplies.**

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 :

- ☐ Peu de vocabulaire
- ☐ Ne produit pas des phrases complètes
- ☐ Ne comprend pas bien les consignes
- ☐ Ne comprend pas bien les questions
- ☐ Ne parle pas
- ☐ N'articule pas bien/ne prononce pas bien certains sons
- ☐ Bégaye
- ☐ Difficulté en lecture et écriture

- ☐ Motricité globale
- ☐ Coordination
- ☐ Torticolis
- ☐ Plagiocéphalie
- ☐ Difficulté à s'asseoir seul
- ☐ Difficulté à marcher
- ☐ Difficulté à sauter
- ☐ Difficulté à faire du vélo
- ☐ Force musculaire
- ☐ Hypotonie/Hypertonie

- ☐ Motricité fine
- ☐ Préhension du crayon/ciseaux
- ☐ Besoins sensoriels
- ☐ Habiletés de jeu
- ☐ Habiletés sociales
- ☐ Alimentation
- ☐ Habiletés d'habillage
- ☐ Entrainement à la propreté
- ☐ Sommeil
- ☐ Préparation à l'école
- ☐ Écriture

Autre / Commentaires :

DEMANDE DE SERVICES
Programme de réadaptation pour
enfants de l'Est de l'Ontario
(PREEO)

Autocollant patient

Page 2/4

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

☐ Une famille d'accueil Depuis quand ? Pour combien de temps ?

☐ 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 de l'enfant) :

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 de l'Est de l'Ontario
(PREEO)

Autocollant patient

Page 3/4

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 de l'Est de l'Ontario
(PREEO)

Autocollant patient

Page 4/4

***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 : 613-636-6160

Par courriel : TherapeuticServices@hgh.ca