

**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 :**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <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  
(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](mailto:TherapeuticServices@hgh.ca)**