

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

DEMANDE DE SERVICES SPÉCIALISÉS DITSADP

Direction clinique _____		Programme _____		Site _____	
1 – IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE					
Nom			Prénom		
Date de naissance			Genre ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre _____		
Numéro d'assurance maladie			Date d'expiration		
Langue ☐ Français ☐ Anglais			☐ Autre, préciser		
Adresse					
Ville			Code postal		Région de provenance
Téléphone domicile			Téléphone au travail		
Cellulaire			Courriel		
Occupation			État civil		
Milieu de vie ☐ Seul(e) ☐ Avec parents			☐ Avec mère ☐ RI-RTF-RAC		
☐ En couple ☐ Garde partagée			☐ Avec père ☐ CHSLD		
Nom du conjoint/conjointe					
Nom de la mère			Nom du père		
Téléphone			Téléphone		
Courriel			Courriel		
2 – DÉFICIENCE DE LA PERSONNE					
☐ Déficience auditive			☐ Déficience intellectuelle		
☐ Déficience du langage			☐ Déficience motrice		
☐ Déficience visuelle			☐ Trouble du spectre de l'autisme		
Diagnostic principal					
Date de l'événement _____ aaaa/mm/jj					
Autres diagnostics			Allergies		
Médecin traitant					
Responsabilité de paiement			☐ CNESST ☐ IVAC ☐ SAAQ		
Numéro d'indemnisation :			Personne contact :		
Régime de protection ☐ Aucun ☐ Privé			☐ Public		

Nom :

N° dossier :

3 – MOTIFS DE LA RÉFÉRENCE ET ATTENTES DE L'USAGER		
4 – COORDONNÉES DU RÉFÉRENT		
Nom du référent		
Établissement		
Téléphone	Télécopieur	
Courriel		
Date _____ aaaa/mm/jj	Signature _____	Profession _____
5 – CONSENTEMENT		
L'utilisateur ou son parent/tuteur/référent (14 ans et moins) est informé et en accord avec la demande ☐ Oui ☐ Non		
6 – DOCUMENTS JOINTS À LA DEMANDE DE RÉFÉRENCE		
☐ Rapports médicaux ☐ Rapports professionnels		
☐ Résumé du dossier ☐ Rapports d'examen (laboratoire, radiographie, etc.)		
Déficience auditive - OBLIGATOIRE	Déficience visuelle - OBLIGATOIRE	
☐ Rapport d'audiologie incluant l'audiogramme	☐ Rapport ophtalmologique	
7 – COORDONNÉES POUR TRANSMETTRE LA DEMANDE		
☐ Déficience auditive enfants – adolescents 0 – 17 ans	☐ Déficience auditive adultes (18 ans et plus)	
☐ Déficience du langage enfants – adolescents 7 – 17 ans	☐ Déficience motrice adultes (18 ans et plus)	
☐ Déficience motrice enfants – adolescents 7 – 17 ans	☐ Déficience visuelle (tous âges)	
☐ Implant cochléaire (tous âges)		
Accès aux services spécialisés DITSADP	Accès aux services spécialisés DITSADP	
IRDPQ Saint-Louis	IRDPQ Hamel	
2975, chemin Saint-Louis	525, boulevard Wilfrid-Hamel	
Québec (Québec) G1W 1P9	Québec (Québec) G1M 2S8	
Téléphone : 418 529-9141, poste 44393	Téléphone : 418 529-9141, poste 43719	
Télécopieur : 418 653-2794	Télécopieur : 418 649-3703	
Courriel : aeo.st-louis.irdpq.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca	Courriel : guichetditsadp.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca	
Légende		
CHSLD : Centres d'hébergement et de soins de longue durée	IVAC : Indemnisation des victimes d'actes criminels	
CNESST : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail	RI-RTF-RAC : Ressources intermédiaires – Ressources de type familial –	
DITSADP : Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique	Résidence à assistance continue	
IRDPQ : Institut de réadaptation en déficience physique de Québec	SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec	
Section réservée pour la signature électronique		