



Formulaire de renvoi

Date du renvoi : _____

Nom de l'enfant/jeune (Nom) : _____ (Prénom) : _____ (Préféré) : _____

D.D.N. (JJ-MM-AAAA) : _____ Genre : _____

Noms des soignants : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone principal : _____ Numéro de téléphone secondaire : _____

Langue de service préférée : _____ Adresse courriel : _____

Tuteur légal : _____ Numéro de téléphone : _____

Diagnostic clinique (s'il y a lieu) : _____

Source du diagnostic clinique : _____ Date du diagnostic : _____

Raison du renvoi :

Service demandé :

Réseau communautaire pour enfants (RCE)

- Coordination des services
- Services de relève financés directement
- Programme des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF)
- Programme de traitement et de soutien intensifs (**Diagnostic d'autisme est obligatoire**)
- Services d'intervention d'urgence (**Enregistrement POSA obligatoire**) / Numéro d'enregistrement POSA : _____
- Planification coordonnée des services (**compléter la liste des critères d'éligibilité PCS ci-dessous**) :

Liste des critères d'éligibilité PCS :

Caractéristiques de l'enfant/du jeune ayant des besoins particuliers multiples ou complexes (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)	Caractéristiques de la famille (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)	Autres facteurs de risque pertinents (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)
<input type="checkbox"/> L'enfant/le jeune a des besoins particuliers multiples ou complexes. <input type="checkbox"/> L'enfant/le jeune attend de recevoir des services, reçoit des services ou a besoin de services d'au moins deux organismes.	<input type="checkbox"/> La famille éprouve beaucoup de stress ou a de la difficulté à gérer la situation. <input type="checkbox"/> Le stress de la famille est causé par le manque de coordination. <input type="checkbox"/> Complexité familiale (p. ex. besoins de la personne qui s'occupe de l'enfant/du jeune ou plusieurs enfants ayant des besoins particuliers).	<input type="checkbox"/> Risque d'éclatement de la famille <input type="checkbox"/> Risque de rupture du placement scolaire <input type="checkbox"/> Obstacles aux services



Admission (choisissez l'admission demandée) :

Boussole

- Investigation d'un retard global du développement (RGD) Soutien comportemental pour un RGD

Enfants NEO – Services de développement du jeune enfant

- Développement de l'enfant Plans de soins pour bébés prématurés (Premature Pathways)

Enfants NEO – Centre de traitement pour enfants

- Ergothérapie Physiothérapie Orthophonie

Wordplay/Jeux de mots (NBRHC) – Rural seulement*

**Pour les personnes résidant à Sudbury, veuillez communiquer directement avec Jeux de mots pour vous référer*

- Services d'orthophonie pour enfants d'âge préscolaire

Parent/client d'accord avec la demande de service ?

Consentements obtenus

Nom de l'agence du renvoi : _____

Nom de l'auteur du renvoi : _____

Adresse courriel : _____

Numéro de téléphone : _____