

VEUILLEZ, SVP, REMPLIR TOUS LES CHAMPS

Date : ____ / ____ / ____			
COORDONNÉES de l'ENFANT/ADOLESCENT(E)			
NOM :	Prénom :	DN : ____ / ____ / ____	NAM :
Nom mère :	Prénom mère : <input type="checkbox"/> Inconnu		Exp :
Nom père :	Prénom père : <input type="checkbox"/> Inconnu		
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Adresse postale :		Langue	<input type="checkbox"/> Français
Ville :	CP :	d'usage :	<input type="checkbox"/> Anglais
Tél : ____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> Père	(parent ou	<input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> Mère	tuteur)	(précisez)
	<input type="checkbox"/> Autre : (Précisez)		
MÉDECIN RÉFÉRENT			
<input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :			
NOM :			
License :		Coordonnées :	
Sig :			
Êtes-vous MD traitant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		MD traitant avisé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
MÉDECIN TRAITANT			
<input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :			
NOM :			
License :		Coordonnées :	
Sig :			
Numéro de fax :			
NB : Au terme de la consultation, le patient sera retourné aux soins du médecin traitant.			
RAISON(S) de CONSULTATION, préciser si bris de fonctionnement.			
Vous pouvez acheminer une note clinique ou un résumé de dossier par fax : (514) 345-2148 ou par courriel : cirene.hsj@ssss.gouv.qc.ca			

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉS AUX CLINIQUES D'ÉVALUATION DU CIRENE

VOLET ÉVALUATIF 0-5 ANS

CLINIQUE DE RETARDS MOTEURS

- Être âgé entre 0 et 2 ans
- Présenter une atteinte motrice significative prédominante

CLINIQUE DES TROUBLES DU NEURO DÉVELOPPEMENT

- Être âgé entre 0 et 6 ans moins un jour
- Présenter des difficultés significatives (modérées à sévères) dans ≥ 2 sphères du développement
- Ne pas disposer d'un service d'évaluation équivalent dans sa région
- Résider sur le territoire de desserte du CIRENE selon les critères établis par le MSSS

VOLET ÉVALUATIF 6-18 ANS*

CLINIQUE DES TROUBLES DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDA/H)

- Être âgé entre 5 ans et 17 ans**
- Fréquenter l'école (incluant la maternelle)
- Présenter des symptômes d'un TDAH complexe selon un des critères suivants :
 - a. Échec d'essais pharmaco-thérapeutiques à dosage optimal
 - b. Tableau complexe :
 - Présence de comorbidité(s) établis (ex : TSA, trouble anxieux, TOP, DI, etc.)
 - Diagnostic différentiel difficile à établir
 - c. Problème physique ou pathologie pouvant avoir un impact sur le traitement pharmacologique (ex : pathologie cardiaque)

CLINIQUE DU SYNDROME GILLES DE LA TOURETTE (SGT)

- Être âgé entre 6 ans et 17 ans**
- Présenter des tics moteurs ET vocaux
- Présenter des tics moteurs ou vocaux depuis plus d'un an
- Présenter des tics ayant un impact fonctionnel important

CLINIQUE D'ÉVALUATION DES DIFFICULTÉS SCOLAIRES (EVSC)

- Être âgé entre 6 et 12 ans (niveau primaire)
- Avoir bénéficié d'évaluations intellectuelles (psychologiques) et orthopédagogique
- Être en échec scolaire dans au moins une matière principale (français, mathématiques)

* **Noter que la clinique TDC a été dissoute**

** Si l'adolescent est susceptible d'avoir 18 ans au moment du 1^{er} rdv, la demande sera refusée