



### DEMANDE DE CONSULTATION VOLET 0-5ans

**VEUILLEZ, SVP, REMPLIR TOUS LES CHAMPS** 

| Date :/   |                                       |             |                               |   |  |  |
|---|---------------------------------------|-------------|-------------------------------|---|--|--|
| COORDONNÉES de l'ENFANT   |                                       |             |                               |   |  |  |
| NOM:  | Prénom :                              |             | DN://                         | NAM:                                      |  |  |
| Nom mère :  | Prénom mère :                         | □ Inconnu   |                               | Exp:                                      |  |  |
| Nom père :  | Prénom père :                         | □ Inconnu   |                               |   |  |  |
| Sexe  | F □ M                                 |             |                               |   |  |  |
| Adresse postale :<br>Ville :<br>Tél :   | CP: □ Père □ Mère □ Autre: (Précisez) |             | d'usage :  (parent ou tuteur) | Français<br>Anglais<br>Autre :<br>écisez) |  |  |
| MÉDECIN RÉFÉRENT  |                                       |             |                               |   |  |  |
| ☐ Médecin de famille  | □ Pédiatre □ Autre (précisez) :       |             |                               | :   |  |  |
| NOM:  |                                       |             |                               |   |  |  |
| License :   | License : Coordonnées :               |             |                               |   |  |  |
| Sig:  |                                       |             |                               |   |  |  |
| Êtes-vous MD traitant ?   | □ Oui □ Non                           | MD traitant | avisé ?                       | □ Oui □ Non                               |  |  |
| MÉDECIN TRAITANT  |                                       |             |                               |   |  |  |
| ☐ Médecin de famille  | e □ Pédiatre                          |             | □ 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   |                                       |             |                               |   |  |  |
|   |                                       |             |                               |   |  |  |
|   |                                       |             |                               |   |  |  |
|   |                                       |             |                               |   |  |  |
| 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 |                                       |             |                               |   |  |  |





# DEMANDE DE CONSULTATION VOLET 0-5ans

| FONCTIONNEMENT ACTUEL  |   |  |   |  |  |  |
|--|---|--|---|--|--|--|
| DOMAINE de DÉV   | NORMAL RETARDS OU PARTICULARITÉS, svp précisez  |  |   |  |  |  |
| MOTRICITÉ  |   | Marche acquise ? □ Non   | □ Oui   |  |  |  |
| GLOBALE  |   |  |   |  |  |  |
| MOTRICITÉ FINE   |   | Determination of the second of | C. Abassas da la pressa   |  |  |  |
|  | }   | <ul> <li>□ Retard dév langage expressif</li> <li>□ Absence de langage</li> <li>□ Socialisation pauvre</li> </ul>   |   |  |  |  |
| COMMUNICATION  |   | ☐ Développement atypique de la communication   |   |  |  |  |
|  |   | □ Autre (précisez) :   |   |  |  |  |
|  |   |  | <u> </u>  |  |  |  |
| COMPORTEMENT   |   | □ Agitation □ Opposition   | on □ Agressivité  |  |  |  |
|  |   | □ Atypies □ Crises   | ☐ Automutilation  |  |  |  |
|  |   | □ Autre (précisez) :   |   |  |  |  |
| SOMMEIL  | □ Sans particularité □ Pb, précisez:  |  |   |  |  |  |
| ALIMENTATION ☐ Sans particularité ☐ Pb, précisez:  |   |  |   |  |  |  |
|  |   |  |   |  |  |  |
| ANTECEDENTS PE   | RSONNEL   | S ou FACTEURS DE RISQUE PERT   | TINENTS   |  |  |  |
| Grossesse  | □ Sans particularité □ Pb, précisez :   |  |   |  |  |  |
| Périnatal  | □ Sans particularité □ Pb, précisez :   |  |   |  |  |  |
| D 11) () 0 ((  |   |  |   |  |  |  |
| Problème(s) Santé  |   |  |   |  |  |  |
| SERVICE(S) ACTUEL(S)   |   |  |   |  |  |  |
| LIEU de dispensation   |   | Préciser quels sont les services reçus :   |   |  |  |  |
| □ CISSS/CIUSSS   |   | ☐ Physiothérapie ☐ Ergothé   | rapie   Orthophonie   |  |  |  |
| □ C Réadaptation   |   | □ Psychoéducation □ TES  | □ Psychologie   |  |  |  |
| □ PRIVÉ  |   | □ Neuropsychologie □ Service   | •   |  |  |  |
|  |   |  |   |  |  |  |
| SVP nous faire parvenir tous les <u>rapports d'évaluations ou d'évolution</u> disponibles  |   |  |   |  |  |  |
| À titre indicatif, voici les critères d'exclusion aux cliniques d'évaluation du CIRENE volet évaluatif 0-5 ans   |   |  |   |  |  |  |
| <ul> <li>La demande ne répond aux critères d'admissibilité du CIRENE (voir annexe)</li> <li>L'enfant a déjà été évalué pour le problème pour lequel il est référé au CIRENE</li> </ul> |   |  |   |  |  |  |
| <ul> <li>Une équipe d'évaluation du développement existe dans la région domiciliaire de l'enfant. Vous devez rediriger la</li> </ul>   |   |  |   |  |  |  |
|  | uation du dé  | veloppement existe dans la région domic  | iliaire de l'enfant. Vous devez rediriger la  |  |  |  |
| demande vers l'ac  | uation du dé <sup>.</sup><br>cueil psycho   | veloppement existe dans la région domic<br>social du CISSS/CIUSSS du secteur don   | iliaire de l'enfant. Vous devez rediriger la  |  |  |  |
| demande vers l'ac<br>https://sante.gouv.   | uation du dé<br>cueil psycho<br>qc.ca/reperte   | veloppement existe dans la région domic<br>social du CISSS/CIUSSS du secteur don<br>oire-ressources/votre-cisss-ciusss/  | iliaire de l'enfant. Vous devez rediriger la niciliaire du patient.   |  |  |  |
| demande vers l'acc <a href="https://sante.gouv.">https://sante.gouv.</a> <ul> <li>La demande de co</li> </ul>  | uation du dé<br>cueil psycho<br>qc.ca/reperto<br>nsultation ne  | veloppement existe dans la région domic<br>social du CISSS/CIUSSS du secteur don<br><u>oire-ressources/votre-cisss-ciusss/</u><br>e cadre pas avec les mandats des équipe  | iliaire de l'enfant. Vous devez rediriger la<br>niciliaire du patient.<br>es du CIRENE qui sont :   |  |  |  |
| demande vers l'acc <a href="https://sante.gouv.">https://sante.gouv.</a> • La demande de co  1. Évalua  2. Établis   | uation du dé<br>cueil psycho<br>qc.ca/reperto<br>nsultation ne<br>tion d'enfant<br>sement d'un          | veloppement existe dans la région domic<br>social du CISSS/CIUSSS du secteur dom<br><u>bire-ressources/votre-cisss-ciusss/</u><br>e cadre pas avec les mandats des équipe<br>s chez qui on suspecte un trouble du neu<br>diagnostic clinique et, si possible étiolog   | iliaire de l'enfant. Vous devez rediriger la<br>niciliaire du patient.<br>es du CIRENE qui sont :<br>uro-développement,                                       |  |  |  |
| demande vers l'acc <a href="https://sante.gouv.">https://sante.gouv.</a> • La demande de co  1. Évalua  2. Établis  3. Élabor  | uation du décueil psycho qc.ca/repertonsultation neution d'enfant sement d'un ation d'un pla            | veloppement existe dans la région domic<br>social du CISSS/CIUSSS du secteur dom<br><u>pire-ressources/votre-cisss-ciusss/</u><br>e cadre pas avec les mandats des équipe<br>s chez qui on suspecte un trouble du neu<br>diagnostic clinique et, si possible étiologian d'investigation et d'intervention  | iliaire de l'enfant. Vous devez rediriger la<br>niciliaire du patient.<br>es du CIRENE qui sont :<br>uro-développement,<br>ique.                              |  |  |  |
| demande vers l'acc https://sante.gouv. La demande de co 1. Évalua 2. Établis 3. Élabor 4. Orienta  | uation du décueil psycho qc.ca/repertonsultation netion d'enfant sement d'un ation d'un plation pour un | veloppement existe dans la région domic<br>social du CISSS/CIUSSS du secteur dom<br><u>pire-ressources/votre-cisss-ciusss/</u><br>e cadre pas avec les mandats des équipe<br>es chez qui on suspecte un trouble du neu<br>diagnostic clinique et, si possible étiologi<br>an d'investigation et d'intervention<br>e prise en charge en milieu de réadaptati  | iliaire de l'enfant. Vous devez rediriger la<br>niciliaire du patient.<br>es du CIRENE qui sont :<br>uro-développement,<br>ique.<br>ion ou en milieu scolaire |  |  |  |
| demande vers l'acc https://sante.gouv. La demande de co 1. Évalua 2. Établis 3. Élabor 4. Orienta  | uation du décueil psycho qc.ca/repertonsultation netion d'enfant sement d'un ation d'un plation pour un | veloppement existe dans la région domic<br>social du CISSS/CIUSSS du secteur dom<br><u>pire-ressources/votre-cisss-ciusss/</u><br>e cadre pas avec les mandats des équipe<br>s chez qui on suspecte un trouble du neu<br>diagnostic clinique et, si possible étiologian d'investigation et d'intervention  | iliaire de l'enfant. Vous devez rediriger la<br>niciliaire du patient.<br>es du CIRENE qui sont :<br>uro-développement,<br>ique.<br>ion ou en milieu scolaire |  |  |  |





## DEMANDE DE CONSULTATION VOLET 0-5ans

#### 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 (psychologique) et orthopédagogique
- Être en échec scolaire dans au moins une matière principale (français, mathématiques)

<sup>\*</sup> Noter que la clinique TDC a été dissoute.

<sup>\*\*</sup> Si l'adolescent est susceptible d'avoir 18 ans au moment du 1er rv, la demande sera refusée.