**FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE**

**À qui s’adresse la pédiatrie sociale ?**
Le Centre de Pédiatrie Sociale de Montréal-Nord (CPSMN) s'adresse aux familles en situation de grande vulnérabilité. Une équipe multidisciplinaire (sociale et médicale) travaille avec la famille et la communauté, dans une approche bienveillante et sans jugement. L’évaluation des demandes repose sur les critères suivants :

**Critères d’admissibilité :**

* Être âgé de 0 à 17 ans
* Être référée par un professionnel
* Ne pas avoir de médecin de famille
* Réside dans le secteur de Montréal-Nord
* Avoir des besoins médicaux et psychosociaux
* La famille traverse des problématiques sociales complexes
* Éprouver certaines réserves vis-à-vis du réseau de santé public

**PROFESSIONNEL RÉFÉRENT**

Nom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fonction :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Institution :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

*Veuillez compléter une demande pour chaque enfant de la famille que vous souhaitez référer.*

**ENFANT RÉFÉRÉ**

 L’enfant fréquente-t-il une école ou une garderie? (Si oui, lesquelles ?)
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

 Fratrie (prénom, nom, âge) :
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Statut d’immigration :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Langue Parlée :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse de résidence : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Genre :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**PERSONNE(S) EN CHARGE DE L’ENFANT**

**Responsable principal :**

Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lien :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Courriel :

Prénom :

Profession :

Téléphone :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

 **Autre responsable :**

Téléphone :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lien :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

Raisons de la référence :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Comment avez-vous connu le CPSMN :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Situation familiale :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Situation médicale (Besoins médicaux identifiés) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

A-t-il un médecin de famille :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Besoins psychosociaux :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L’enfant est-il suivi par un CLSC :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Est-ce qu’il y a un suivi DPJ actif :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Accepterait-il un suivi au CLSC :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Quelles sont les attentes de la famille / de l’enfant pour le suivi au CPSMN :

**AUTORISATION DE COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS**

Je soussigné(e), autorise à transmettre au Centre de Pédiatrie Sociale de Montréal-Nord toutes les informations pertinentes à la référence de l’enfant ci-dessus, pour les soins ou services reçus depuis la naissance de l’enfant jusqu’à ce jour.

**En ma qualité de :**

 [ ]  Usagé (Obligatoire si l’enfant à 14 ans et plus)

 **OU**

 [ ]  Mère [ ]  Père [ ]  Tuteur l’égal [ ]  Autre

Si autre précisé : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Signature :

Prénom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

En date du : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

*Cette autorisation est valable pour une période de 365 jours à compter de la signature et peut être révoquée à tout moment.*

Une fois complétée, la demande de service doit être acheminé à l’adresse courriel suivante : **accueil@pediatriesocialemn.org**

**SECTION RÉSERVÉE AU CENTRE DE PÉDIATRIE SOCIAL DE MONTRÉAL-NORD**

[ ]  **Demande acceptée** [ ]  **Demande refusée**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Raison du refus (si applicable) :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Commentaires supplémentaires :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Signature de l'intervenant :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date de traitement :**