



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

**FORMULAIRES : MÉCANISME DE COORDINATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES
POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE**

Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle
Direction de la programmation et coordination
Novembre 2001

FORMULAIRES : MÉCANISME DE COORDINATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

- Évaluation sommaire des attentes et des besoins de l'enfant et de sa famille pour les 0-5 ans (RR-01F, 0-5 ans)
- Évaluation sommaire des attentes et des besoins de la personne et de sa famille pour les 6 ans et plus (RR-01F, 6 ans et plus)
- Document explicatif concernant certains éléments du formulaire RR-01 "Évaluation sommaire des attentes et des besoins de la personne et de sa famille" dans le cadre du mécanisme de coordination de l'accès aux services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
- Évaluation globale des besoins, bilan et informations préparatoires à l'élaboration du PSI pour les 0-5 ans (RR-02F, 0-5 ans)
- Évaluation globale des besoins, bilan et informations préparatoires à l'élaboration du PSI pour les 6 ans et plus (RR-02F, 6 ans et plus)
- Plan de services individualisé (RR-03F)
- Modèle d'autorisation de la personne à communiquer des renseignements personnels et de procéder à une demande de services

3. DONNÉES SOCIALES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES (suite)

Occupation principale de l'enfant

	Temps complet	Temps partiel	
À la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Garderie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prématernelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maternelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Services de garde en milieu familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____

Source de revenus des parents

Revenu d'emploi	<input type="checkbox"/>	Revenu des rentes	<input type="checkbox"/>	Refus de répondre	<input type="checkbox"/>
Assurance-emploi	<input type="checkbox"/>	Programme sécurité de la vieillesse	<input type="checkbox"/>	Allocation familiale	<input type="checkbox"/>
Programme sécurité du revenu	<input type="checkbox"/>	Aucun revenu	<input type="checkbox"/>	Allocation pour personne handicapée	<input type="checkbox"/>

Préciser si les services sont requis en vertu de la :

Loi sur la protection de la jeunesse

4. ENVIRONNEMENT DE L'ENFANT

A) Milieu de vie

Note : Le mandat des CLSC touche généralement les trois premiers milieux de vie

1. Famille naturelle	<input type="checkbox"/>	
2. Ressource privée	<input type="checkbox"/>	
3. Famille d'accueil (0-17 ans)	<input type="checkbox"/>	
4. Centre hospitalier	<input type="checkbox"/>	
5. Ressources résidentielles avec allocation	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____
6. Autre ressource	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____

Depuis quand, approximativement : _____ Mois _____ Année

B) Description et commentaires sur le caractère sécuritaire, hygiénique ou adapté du milieu physique à la situation de l'enfant, etc.

Aucune information disponible

Commentaires :

4. ENVIRONNEMENT DE L'ENFANT (suite)

C) La famille et ses proches

Situation de vie

L'enfant demeure avec :

Son père et sa mère

Son père et sa mère en garde partagée

Son père uniquement

Sa mère uniquement

Un autre membre de sa famille ou un proche Préciser le lien : _____

D) Nombre et caractéristiques des individus vivant avec l'enfant autres que ceux identifiés au point c) et excluant l'enfant concerné

	Nombre total des personnes	Personne ayant une incapacité
Frère, sœur	_____	_____
Autre personne de plus de 18 ans	_____	_____
Autre personne de moins de 18 ans	_____	_____

E) Si l'enfant ne vit pas avec sa famille, a-t-il des contacts réguliers ? Avec qui et à quelle fréquence ?

F) Quel est le support ou l'implication des aidants naturels auprès de l'enfant ?

G) Si le père ou la mère travaille, préciser

4. ENVIRONNEMENT DE L'ENFANT (suite)

H) Autres commentaires sur l'environnement familial de l'enfant

I) Indiquer s'il y a des contre-indications dans les contacts avec des membres dans l'environnement de l'enfant

5. PERSONNES SIGNIFICATIVES

Première personne

A) Lien

Père	<input type="checkbox"/>	
Mère	<input type="checkbox"/>	
Frère/soeur	<input type="checkbox"/>	
Autre parent	<input type="checkbox"/>	
Ami(e)/voisin(e)	<input type="checkbox"/>	
Famille d'accueil	<input type="checkbox"/>	
Intervenant réseau	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____
Autre association ou organisme communautaire	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____
Autre	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____

B) Responsabilité

Garde de la personne Représentant désigné

C) Fréquence des contacts

Quotidiens	<input type="checkbox"/>	Mensuels	<input type="checkbox"/>	Annuels	<input type="checkbox"/>
Hebdomadaires	<input type="checkbox"/>	4 à 6 fois l'an	<input type="checkbox"/>	Moins d'une fois l'an	<input type="checkbox"/>
Aux deux semaines	<input type="checkbox"/>	2 à 3 fois l'an	<input type="checkbox"/>	Autre, préciser :	_____

D) Nom et coordonnées

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

No civique	Appartement	
Ville	Province	Code postal

Téléphone (domicile) : () _____

Langue parlée : _____ Langue de correspondance : _____

5. PERSONNES SIGNIFICATIVES (suite)

Deuxième personne

A) Lien

Père	<input type="checkbox"/>	
Mère	<input type="checkbox"/>	
Frère/soeur	<input type="checkbox"/>	
Autre parent	<input type="checkbox"/>	
Ami(e)/voisin(e)	<input type="checkbox"/>	
Famille d'accueil	<input type="checkbox"/>	
Intervenant réseau	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____
Autre association ou organisme communautaire	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____
Autre	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____

B) Responsabilité

Garde de la personne Représentant désigné

C) Fréquence des contacts

Quotidiens	<input type="checkbox"/>	Mensuels	<input type="checkbox"/>	Annuels	<input type="checkbox"/>
Hebdomadaires	<input type="checkbox"/>	4 à 6 fois l'an	<input type="checkbox"/>	Moins d'une fois l'an	<input type="checkbox"/>
Aux deux semaines	<input type="checkbox"/>	2 à 3 fois l'an	<input type="checkbox"/>	Autre, préciser :	_____

D) Nom et coordonnées

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

No civique	Appartement	
Ville	Province	Code postal

Téléphone (domicile) : () _____

Langue parlée : _____ Langue de correspondance : _____

6. DIAGNOSTIC OU SYNDROME ASSOCIÉ, PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE OU PSYCHIQUE, DÉFICIENCES OU INCAPACITÉS

A) Y a-t-il un diagnostic ou un syndrome associé au retard global du développement (trisomie 21, autisme, syndrome de RETT, etc.)

Si oui, préciser : _____

La cause est-elle connue ? Préciser : _____

B) Préciser si l'enfant présente des problèmes de santé physique et/ou psychique et requiert des soins particuliers, préciser la médication, s'il y a lieu

C) Identifier les déficiences ou incapacités autre que le retard global du développement

- Déficience motrice (incluant les problèmes neurologiques),
préciser : _____
- Déficience de la parole (déficience verbale),
préciser : _____
- Déficience auditive, préciser :
- Déficience visuelle, préciser :
- Déficience tactile, préciser :
- Autre (ex. : gustative, olfactive),
Préciser :

D) Description des comportements de l'enfant nécessitant une intervention :

7. SERVICES ANTÉCÉDENTS, ACTUELLEMENT REÇUS AINSI QUE LES SERVICES ATTENDUS PAR L'ENFANT ET SA FAMILLE

A) Inscire en premier les services actuellement en cours, et ensuite, les services antécédents

<i>Type de service reçu par l'enfant et sa famille</i>	<i>Identification du dispensateur de service</i>	<i>Date de début</i>	<i>Date de fin</i>	<i>Motif fin de service</i>
_____	_____	/ / J M A	/ / J M A	Fin des interventions <input type="checkbox"/> ou _____
_____	_____	/ / J M A	/ / J M A	Fin des interventions <input type="checkbox"/> ou _____
_____	_____	/ / J M A	/ / J M A	Fin des interventions <input type="checkbox"/> ou _____
_____	_____	/ / J M A	/ / J M A	Fin des interventions <input type="checkbox"/> ou _____
_____	_____	/ / J M A	/ / J M A	Fin des interventions <input type="checkbox"/> ou _____
_____	_____	/ / J M A	/ / J M A	Fin des interventions <input type="checkbox"/> ou _____

B) Inscire le type des services en liste d'attente

<i>Type de service en attente par l'enfant et sa famille</i>	<i>Identification du dispensateur de service</i>	<i>Date de mise en attente</i>
_____	_____	/ / J M A
_____	_____	/ / J M A
_____	_____	/ / J M A

8. IDENTIFICATION DES ATTENTES ET DES BESOINS DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE (EXPRIMÉS PAR LA FAMILLE)

Indiquer, notamment, la nature des attentes et des besoins, les raisons qui motivent la demande ainsi que toute situation familiale ou sociale démontrant de l'épuisement, un état de crise ou de l'isolement

9. ÉVALUATION SOMMAIRE DES BESOINS DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE (IDENTIFIÉS PAR L'INTERVENANT)

Indiquer également si cette demande doit être traitée de façon prioritaire

10. RECOMMANDATIONS

Indiquer les références, les interventions ou les démarches qui doivent être entreprises immédiatement auprès de l'enfant ou de la famille

11. RAPPORTS ANNEXÉS À LA DEMANDE

Indiquer, ci-dessous, les évaluations ou les rapports professionnels existants et pertinents à la demande de services

	Ci-joint	À recevoir
Rapport médical ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport psychosocial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation d'ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation d'orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation de physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation sommaire des activités de la vie quotidienne, s'il y a lieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport du dernier plan d'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport du dernier plan de services individualisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

² Réfère à des rapports en neurologie, cardiologie, orthopédie, ORL, etc.

Logo de l'établissement

Le (date)

«Responsable de l'accès»
«CRDI»

Objet : Recommandation d'une demande de services ou d'une démarche PSI et demande d'évaluation globale pour

Vous trouverez ci-joint l'évaluation sommaire des besoins et des attentes pour .

Nous demandons à votre établissement de procéder à l'étude de cette demande de services.

ou

Nous recommandons que cette demande de services soit considérée dans le cadre d'une démarche d'un PSI.

Si vous jugez cette personne éligible et convenez de la nécessité d'un PSI, veuillez procéder à l'évaluation globale des besoins de cette personne et nous informer dès que celle-ci sera complétée.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions d'agréer, , l'expression de nos sentiments les meilleurs.

«signature intervenant»

3. DONNÉES SOCIALES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES (suite)

État civil de la personne (pour les 14 ans et plus)

Célibataire Conjoint(e) de fait Veuf(ve)
Marié(e) Séparé(e) / Divorcé(e)

Occupation principale de la personne

	Temps complet	Temps partiel	
Étude (programme scolaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Éducation permanente aux adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Éducation populaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Centre pour activités de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atelier de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Support stages en milieu de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Emploi adapté (CTA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Emploi subventionné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Emploi régulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bénévolat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____
À la recherche d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aucune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Source de revenus de la personne

Revenu d'emploi Revenu des rentes Refus de répondre
Assurance-emploi Programme sécurité de la vieillesse Allocation familiale
Programme sécurité du revenu Aucun revenu Allocation pour personne handicapée

La personne ou ses biens sont sous un régime de protection (pour les 18 ans et plus)

Aucun Public Privé

Nom du représentant légal : _____

Préciser le type de régime, s'il y a lieu

		Date d'ouverture jour / mois / année	Date de révision jour / mois / année	No dossier
Conseiller au majeur	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____
Tutelle aux biens	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____
Tutelle à la personne	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____
Tutelle aux biens et à la personne	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____
Curatelle aux biens	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____
Curatelle aux biens et à la personne	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____

3. DONNÉES SOCIALES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES (suite)

Préciser si les services sont requis en vertu d'une des lois suivantes :

Loi sur la protection de la jeunesse

Loi sur les jeunes contrevenants (LJC)

4. SCOLARITÉ DE LA PERSONNE (À COMPLÉTER POUR LES 6-21 ANS)

(En cours ou complétée, selon le cas)

Dernière école fréquentée : _____

Dernière année de fréquentation (si connue) : _____

Niveau scolaire

Non scolarisé

Inconnu

Primaire

Autre, préciser : _____

Secondaire

Niveau d'intégration

École régulière, classe régulière

Inconnu

École régulière, classe spéciale

Autre, préciser _____

École spéciale

Scolarisation à domicile

5. ENVIRONNEMENT DE LA PERSONNE

A) Milieu de vie

Note : Le mandat des CLSC touche généralement les trois premiers milieux de vie

1. Milieu de vie autonome

2. Famille naturelle

3. Ressource privée

4. Famille d'accueil (0-18 ans)

5. Résidence d'accueil pour adultes et personnes âgées
(18 ans et plus)

5. ENVIRONNEMENT DE LA PERSONNE (suite)

a) Milieu de vie (suite)

6. Ressources centre de réadaptation
- 6.1. Ressource résidentielle avec allocation pour assistance continue (adultes)
- 6.2. Ressource résidentielle à assistance continue
- 6.3. Autre ressource Préciser : _____
7. Centre hospitalier
8. Autre Préciser : _____
- Depuis quand approximativement : _____ mois _____ année

B) Description et commentaires sur le caractère sécuritaire, hygiénique ou adapté du milieu physique à la situation de la personne, etc.

Aucune information disponible

Commentaires :

C) La famille et ses proches

Situation de vie

- La personne demeure seule ou avec :
- Son père et sa mère
- Son père et sa mère en garde partagée
- Son père uniquement
- Sa mère uniquement
- Un autre membre de sa famille ou un proche Préciser le lien : _____

D) Nombre et caractéristiques des individus vivant avec la personne autres que ceux identifiés au point c) et excluant la personne concernée

	Nombre total des personnes	Personne ayant une incapacité
Frère, sœur	_____	_____
Autre personne de plus de 18 ans	_____	_____
Autre personne de moins de 18 ans	_____	_____

5. ENVIRONNEMENT DE LA PERSONNE (suite)

E) Si la personne ne vit pas avec sa famille, a-t-elle des contacts réguliers ? Avec qui et à quelle fréquence ?

F) Quel est le support ou l'implication des aidants naturels auprès de la personne et le type de relation que la personne entretient avec sa famille ou ses proches ?

G) Si le père ou la mère travaille, préciser

H) Autres commentaires sur l'environnement familial de la personne

I) Indiquer s'il y a des contre-indications dans les contacts avec des membres dans l'environnement de la personne

6. PERSONNES SIGNIFICATIVES

Première personne

A) Lien

Père	<input type="checkbox"/>	
Mère	<input type="checkbox"/>	
Frère/soeur	<input type="checkbox"/>	
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/>	
Fils/fille	<input type="checkbox"/>	
Autre parent	<input type="checkbox"/>	
Ami(e)/voisin(e)	<input type="checkbox"/>	
Famille/résidence d'accueil	<input type="checkbox"/>	
Intervenant réseau	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____
Autre association ou organisme communautaire	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____
Employeur	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____
Scolaire	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____
Autre	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____

B) Responsabilité

Garde de la personne	<input type="checkbox"/>	Tuteur	<input type="checkbox"/>	Mandataire	<input type="checkbox"/>
Curateur	<input type="checkbox"/>	Conseiller	<input type="checkbox"/>	Représentant désigné	<input type="checkbox"/>

C) Fréquence des contacts

Quotidiens	<input type="checkbox"/>	Mensuels	<input type="checkbox"/>	Annuels	<input type="checkbox"/>
Hebdomadaires	<input type="checkbox"/>	4 à 6 fois l'an	<input type="checkbox"/>	Moins d'une fois l'an	<input type="checkbox"/>
Aux deux semaines	<input type="checkbox"/>	2 à 3 fois l'an	<input type="checkbox"/>	Autre, préciser :	_____

D) Nom et coordonnées

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

No civique	Appartement	
Ville	Province	Code postal

Téléphone (domicile) : () _____

Langue parlée: _____ Langue de correspondance : _____

6. PERSONNES SIGNIFICATIVES (suite)

Deuxième personne

A) Lien

Père	<input type="checkbox"/>	
Mère	<input type="checkbox"/>	
Frère/soeur	<input type="checkbox"/>	
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/>	
Fils/fille	<input type="checkbox"/>	
Autre parent	<input type="checkbox"/>	
Ami(e)/voisin(e)	<input type="checkbox"/>	
Famille/résidence d'accueil	<input type="checkbox"/>	
Intervenant réseau	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____
Autre association ou organisme communautaire	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____
Employeur	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____
Scolaire	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____
Autre	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____

B) Responsabilité

Garde de la personne	<input type="checkbox"/>	Tuteur	<input type="checkbox"/>	Mandataire	<input type="checkbox"/>
Curateur	<input type="checkbox"/>	Conseiller	<input type="checkbox"/>	Représentant désigné	<input type="checkbox"/>

C) Fréquence des contacts

Quotidiens	<input type="checkbox"/>	Mensuels	<input type="checkbox"/>	Annuels	<input type="checkbox"/>
Hebdomadaires	<input type="checkbox"/>	4 à 6 fois l'an	<input type="checkbox"/>	Moins d'une fois l'an	<input type="checkbox"/>
Aux deux semaines	<input type="checkbox"/>	2 à 3 fois l'an	<input type="checkbox"/>	Autre, préciser :	_____

D) Nom et coordonnées

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

No civique	Appartement	
Ville	Province	Code postal

Téléphone (domicile) : () _____

Langue parlée: _____ Langue de correspondance : _____

7. DIAGNOSTIC OU SYNDROME ASSOCIÉ, PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE OU PSYCHIQUE, DÉFICIENCES OU INCAPACITÉS

A) Y a-t-il un diagnostic ou un syndrome associé à la déficience (trisomie 21, autisme, syndrome de RETT, etc.)

Si oui, préciser : _____

La cause est-elle connue ? Préciser : _____

B) Préciser si la personne présente des problèmes de santé physique et/ou psychique et requiert des soins particuliers, préciser la médication, s'il y a lieu

C) Identifier les autres déficiences ou incapacités

- Déficience motrice (incluant les problèmes neurologiques),
préciser : _____
- Déficience de la parole (déficience verbale),
Préciser : _____
- Déficience auditive, préciser : _____
- Déficience visuelle, préciser : _____
- Déficience tactile, préciser : _____
- Autre (ex. : gustative, olfactive),
Préciser : _____

D) Si la personne présente des troubles d'adaptation sociale, préciser :

E) Si la personne présente des troubles graves du comportement, préciser :

8. SERVICES ANTÉCÉDENTS, ACTUELLEMENT REÇUS AINSI QUE LES SERVICES ATTENDUS PAR L'ENFANT ET SA FAMILLE

A) Incrire en premier les services actuellement en cours, et ensuite, les services antécédents

<i>Type de service reçu par l'enfant et sa famille</i>	<i>Identification du dispensateur de service</i>	<u>Date de début</u>	<u>Date de fin</u>	<u>Motif fin de service</u>
_____	_____	J / M / A	J / M / A	Fin des interventions <input type="checkbox"/> ou _____
_____	_____	J / M / A	J / M / A	Fin des interventions <input type="checkbox"/> ou _____
_____	_____	J / M / A	J / M / A	Fin des interventions <input type="checkbox"/> ou _____
_____	_____	J / M / A	J / M / A	Fin des interventions <input type="checkbox"/> ou _____
_____	_____	J / M / A	J / M / A	Fin des interventions <input type="checkbox"/> ou _____
_____	_____	J / M / A	J / M / A	Fin des interventions <input type="checkbox"/> ou _____

B) Incrire le type des services en liste d'attente

<i>Type de service en attente par l'enfant et sa famille</i>	<i>Identification du dispensateur de service</i>	<i>Date de mise en attente</i>
_____	_____	J / M / A
_____	_____	J / M / A
_____	_____	J / M / A

9. IDENTIFICATION DES ATTENTES ET DES BESOINS DE LA PERSONNE ET DE SA FAMILLE

Indiquer, notamment, la nature des attentes et des besoins, les raisons qui motivent la demande ainsi que toute situation familiale ou sociale démontrant de l'épuisement, un état de crise ou de l'isolement

Exprimés par la personne

Exprimés par la famille

10. ÉVALUATION SOMMAIRE DES BESOINS DE LA PERSONNE ET DE SA FAMILLE (IDENTIFIÉS PAR L'INTERVENANT)

Indiquer également si cette demande doit être traitée prioritairement

11. RECOMMANDATIONS

Indiquer les références, les interventions ou les démarches qui doivent être entreprises immédiatement auprès de la personne ou de la famille

12. RAPPORTS ANNEXÉS À LA DEMANDE

Indiquer, ci-dessous, les évaluations ou les rapports professionnels existants et pertinents à la demande de services

	Ci-joint	À recevoir
Rapport médical ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport psychosocial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation d'ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation d'orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation de physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation en criminologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation de stage ou d'expérience de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation sommaire des activités de la vie quotidienne, s'il y a lieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport du dernier plan d'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport du dernier plan de services individualisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, préciser :		
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

² Réfère à des rapports en neurologie, cardiologie, orthopédie, ORL, etc.

Logo de l'établissement

Le (date)

«Responsable de l'accès»
«CRDI»

Objet : Recommandation d'une demande de services ou d'une démarche PSI et demande d'évaluation globale pour

Vous trouverez ci-joint l'évaluation sommaire des besoins et des attentes pour .

Nous demandons à votre établissement de procéder à l'étude de cette demande de services.

ou

Nous recommandons que cette demande de services soit considérée dans le cadre d'une démarche d'un PSI.

Si vous jugez cette personne éligible et convenez de la nécessité d'un PSI, veuillez procéder à l'évaluation globale des besoins de cette personne et nous informer dès que celle-ci sera complétée.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions d'agréer, , l'expression de nos sentiments les meilleurs.

«signature intervenant»



**DOCUMENT EXPLICATIF
CONCERNANT CERTAINS ÉLÉMENTS DU FORMULAIRE RR-01**

***ÉVALUATION SOMMAIRE DES ATTENTES
ET DES BESOINS DE LA PERSONNE ET DE SA FAMILLE
DANS LE CADRE DU MÉCANISME DE COORDINATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES
POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE***

*Direction de la programmation
et coordination*

*Services d'intégration sociale
aux personnes présentant une déficience intellectuelle*

LEXIQUE SUR LES PRINCIPAUX SERVICES RETROUVÉS DANS LE PROGRAMME DE SOUTIEN À LA PERSONNE, À SA FAMILLE ET À LA COMMUNAUTÉ

Les cinq centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) de Montréal offrent des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes déficientes intellectuelles, que ce soit dans leur milieu de vie familial, en milieu de garde, à l'école, en milieu de loisirs, dans leur appartement ou en résidence autonome. Ces services sont principalement offerts par des éducateurs spécialisés.

Les intervenants des CRDI de Montréal ont aussi la responsabilité d'informer et d'accompagner les membres de la famille et de les habiliter à intervenir auprès de la personne déficiente intellectuelle en leur fournissant des moyens appropriés pour assurer le développement optimal de cette personne.

INTERVENTION PRÉCOCE

Aide éducative apportée par un intervenant spécialisé d'un CRDI qui, en plus de travailler avec l'enfant présentant un retard de développement, vise surtout à habiliter les parents à intervenir et à aider la personne dans son développement.

SERVICE D'INTERVENTION INTENSIVE

Service offert aux personnes autistes et celles présentant des troubles envahissants du développement. Le service est offert en priorité aux enfants âgés de moins de 5 ans. L'approche d'intervention comportementale suggérée est de type Lovaas, TEACCH ou toute autre approche appropriée et scientifiquement validée. Un minimum de dix heures/semaine doit être accordé à chaque personne.

SOUTIEN À LA FAMILLE ET AUX PROCHES

✓ **Répit spécialisé**

Répit offert par les CRDI dans les ressources résidentielles du réseau de la déficience intellectuelle lorsqu'il y a une situation problématique concomitante à la déficience intellectuelle d'une personne, c'est-à-dire des troubles du développement ou de la personnalité ou encore une incapacité physique.

✓ **Dépannage en situation d'urgence sociale**

Service offert aux personnes qui sont sans ressource résidentielle. L'objectif est d'héberger la personne, la sécuriser, au besoin stabiliser ses comportements, et ultimement la retourner dans son milieu.

Selon les établissements, **différents services** peuvent être offerts à l'intérieur de ce programme. Nous retrouvons, entre autres, l'accès à des services professionnels de psychologie, d'ergothérapie, d'orthophonie, de physiothérapie et de sexologie.

MILIEU DE VIE AUTONOME

✓ **Maison, appartement**

Domicile de la personne, sans soutien résidentiel, ou chambre occupée par une personne dans une maison de chambre ou une famille sans qu'aucun établissement n'ait de responsabilité à l'égard des services.

✓ **Appartement ou résidence autonome**

Un appartement, ou une résidence, occupé et défrayé par une ou plusieurs personnes qui reçoivent des services de réadaptation en lien avec leur vécu résidentiel.

La personne peut demeurer seule ou avec d'autres.

FAMILLE NATURELLE

Domicile de la personne présentant une déficience intellectuelle vivant avec sa famille naturelle ou élargie.

RESSOURCE PRIVÉE

Gamme diversifiée de ressources dans la communauté qui n'ont pas de contrat avec les établissements du réseau.

LEXIQUE SUR LES DIFFÉRENTS SERVICES SOCIOPROFESSIONNELS

CENTRE POUR ACTIVITÉS DE JOUR

Milieu offrant des types variés d'occupation durant la journée et ce, en fonction des goûts, intérêts, âge, état de santé, nature de la déficience ou du handicap de l'individu.

ATELIER DE TRAVAIL (SAHT)

Endroit ségrégué où les personnes présentant une déficience intellectuelle viennent compléter leur apprentissage et acquérir les habiletés et attitudes requises pour s'adapter au monde du travail.

SUPPORT STAGE EN MILIEU DE TRAVAIL

Milieu de travail régulier où la personne présentant une déficience intellectuelle expérimente ou apprend son métier sous la supervision d'un intervenant et ce, avant d'intégrer le monde du travail.

EMPLOI ADAPTÉ (CTA)

À noter que le CTA ne relève pas du CRDI

Organisme sans but lucratif de production qui emploie majoritairement des personnes présentant une déficience intellectuelle qui sont productives mais non compétitives. L'individu se trouve à avoir un emploi rémunéré en milieu ségrégué.

EMPLOI SUBVENTIONNÉ (CIT)

L'employeur est subventionné pour réaliser des adaptations de poste de travail pour des personnes présentant une déficience intellectuelle ou pour subventionner le salaire de ces personnes afin de compenser leur non-compétitivité.

EMPLOI RÉGULIER

Personne présentant une déficience intellectuelle qui exerce un travail rémunéré en milieu régulier.

LEXIQUE SUR LE PROGRAMME RÉSIDENTIEL

FAMILLE D'ACCUEIL (0-17 Ans)

Souvent connue sous l'appellation de ressource de type familiale

Une ou deux personnes accueillant chez elles au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial.

RÉSIDENCE D'ACCUEIL POUR ADULTES ET PERSONNES ÂGÉES (18 ans et plus)

Souvent connue sous l'appellation de ressource de type familiale

Une ou deux personnes accueillant chez elles au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel.

RESSOURCE RÉSIDENTIELLE AVEC ALLOCATION POUR ASSISTANCE CONTINUE (adultes)

Souvent connues sous l'appellation de ressource intermédiaire

Ressource résidentielle rattachée à un établissement public qui dispense à un usager, par l'entremise de cette ressource, des services d'hébergement et de soutien ou d'assistance en fonction de ses besoins.

RESSOURCE RÉSIDENTIELLE À ASSISTANCE CONTINUE (adultes)

Souvent connue sous l'appellation de résidence communautaire

Ressource où les usagers inscrits reçoivent du personnel du CRDI une assistance continue 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Les usagers ont plus de 18 ans et défraient une partie des coûts générés par la ressource.

**ÉVALUATION GLOBALE DES BESOINS,
BILAN ET INFORMATIONS PRÉPARATOIRES À L'ÉLABORATION DU PSI
POUR LES 0-5 ANS**

No dossier CRDI :

No dossier établissement référant :

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

2. ÉTAT DE SITUATION GLOBALE DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE

Clarifier les motifs de la demande

2. ÉTAT DE SITUATION GLOBALE DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE (suite)

3. ATTENTES

Attentes exprimées à court terme, moyen terme et long terme par l'enfant, sa famille ou son représentant

Court terme

Moyen terme

Long terme

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. ÉVALUATIONS, BILAN ET INFORMATIONS EN VUE DE L'ÉLABORATION DU PSI

SECTEURS D'ACTIVITÉS ¹ (s'il y a lieu)	# 1	# 2
	SANTÉ PHYSIQUE	MOTRICITÉ-VISION-AUDITION
	<p>Capacité à prendre soin de son état de santé, dans la prise de médicament, autres capacités physiologiques : respiration, digestion, excrétion, résistance de l'organisme, soins dentaires.</p> <p>Satisfaction concernant son état de santé.</p> <p>Le support reçu de son milieu et les services, satisfaction, accessibilité, vaccination.</p>	<p>Habilités concernant la motricité globale, la motricité fine, les aides techniques utilisées.</p> <p>Habilités concernant l'audition et la vue, les aides techniques utilisées.</p> <p>Satisfaction de son niveau d'autonomie.</p> <p>Le support reçu de son milieu et les services, satisfaction, accessibilité.</p>
Situation de l'enfant et services actuels		
Besoins exprimés par l'enfant ou sa famille et ceux identifiés par l'intervenant		
Facteurs environnementaux		
Forces de l'enfant		
Objectifs suggérés		

¹ La description des secteurs d'activités s'inspire principalement des documents suivants :

OPHQ. «*Guide pour l'évaluation globale des besoins, Je commence mon plan de services*», septembre 1993.
 BOISVERT, Yves (CR Normand Laramée) et BERGERON, Alain (Fondation Intégraction Laval). «*La démarche sur le plan de services individualisé, Guide de préparation, de participation à la réunion sur le plan de services individualisé et de suivi du PSI à l'intention des répondants*», septembre 1995, pages 23 à 30.

4. ÉVALUATIONS, BILAN ET INFORMATIONS EN VUE DE L'ÉLABORATION DU PSI (suite)

SECTEURS D'ACTIVITÉS ² (s'il y a lieu)	# 3 DÉVELOPPEMENT COGNITIF Habilités concernant l'attention, la concentration, le schéma corporel, temps et espace, mémoire, sens et perception, niveau de jeux, contact visuel. Satisfaction de son niveau d'autonomie. Le support reçu de son milieu et les services, satisfaction, accessibilité.
Situation de l'enfant et services actuels	
Besoins exprimés par l'enfant ou sa famille et ceux identifiés par l'intervenant	
Facteurs environnementaux	
Forces de l'enfant	
Objectifs suggérés	

² La description des secteurs d'activités s'inspire principalement des documents suivants :

OPHQ. «*Guide pour l'évaluation globale des besoins, Je commence mon plan de services*», septembre 1993.
BOISVERT, Yves (CR Normand Laramée) et BERGERON, Alain (Fondation Intégraction Laval). «*La démarche sur le plan de services individualisé, Guide de préparation, de participation à la réunion sur le plan de services individualisé et de suivi du PSI à l'intention des répondants*», septembre 1995, pages 23 à 30.

4. ÉVALUATIONS, BILAN ET INFORMATIONS EN VUE DE L'ÉLABORATION DU PSI (suite)

SECTEURS D'ACTIVITÉS (s'il y a lieu)	# 4 MILIEU DE VIE	# 5 VIE RÉSIDENIELLE
		<p>Satisfaction concernant son milieu de vie, intimité, tranquillité.</p> <p>Les personnes avec qui il vit, le type de ressources, type d'habitation, accessibilité, localisation, salubrité, sécurité, voisinage.</p>
Situation de l'enfant et services actuels		
Besoins exprimés par l'enfant ou sa famille et ceux identifiés par l'intervenant		
Facteurs environnementaux		
Forces de l'enfant		
Objectifs suggérés		

4. ÉVALUATIONS, BILAN ET INFORMATIONS EN VUE DE L'ÉLABORATION DU PSI (suite)

SECTEURS D'ACTIVÉTÉS (s'il y a lieu)	# 6	# 7
	COMMUNICATION	DÉPLACEMENT ET TRANSPORT
	<p>Mode de communication verbale, non verbale, habiletés concernant l'expression de ses besoins, sa pensée, ses émotions, la compréhension, l'écriture, la lecture, usage du téléphone, radio, TV, etc.</p> <p>Satisfaction de son niveau de communication.</p> <p>Le support reçu de son milieu et les services, satisfaction, accessibilité.</p>	<p>Habiletés concernant l'orientation, circulation à pied, reconnaissance des symboles civiques, règles de sécurité, utilisation des transports.</p> <p>Satisfaction de son niveau d'autonomie.</p> <p>Les déplacements habituels, moyens de transport utilisés, disponibilité, horaires, accueil des transporteurs, support et services.</p>
Situation de l'enfant et services actuels		
Besoins exprimés par l'enfant ou sa famille et ceux identifiés par l'intervenant		
Facteurs environnementaux		
Forces de l'enfant		
Objectifs suggérés		

4. ÉVALUATIONS, BILAN ET INFORMATIONS EN VUE DE L'ÉLABORATION DU PSI (suite)

SECTEURS D'ACTIVITÉS (s'il y a lieu)	# 8	# 9
	MILIEU DE GARDE	ÉDUCATION POUR LES ENFANT INSCRITS EN MATERNELLE
	Habilités concernant sa participation aux activités, ses goûts, ses intérêts, ses relations avec les autres enfants, les moniteurs, les monitrices. Satisfaction de son développement.	Habilités concernant ses apprentissages, ses goûts, ses intérêts, ses relations dans la classe et dans l'école. Satisfaction de son développement.
	Le type de milieu de garde fréquenté, le niveau d'intégration, l'accessibilité physique, l'accueil du milieu, le support et les services.	Le type d'école et de classe fréquentée, l'accessibilité physique, l'accueil du milieu, le support et les services.
Situation de l'enfant et services actuels		
Besoins exprimés par l'enfant ou sa famille et ceux identifiés par l'intervenant		
Facteurs environnementaux		
Forces de l'enfant		
Objectifs suggérés		

4. ÉVALUATIONS, BILAN ET INFORMATIONS EN VUE DE L'ÉLABORATION DU PSI (suite)

SECTEURS D'ACTIVITÉS (s'il y a lieu)	# 10	# 11
	LOISIRS, RÉCRÉATIONS, ET VIE COMMUNAUTAIRE Habiletés concernant sa participation aux activités, ses goûts, ses intérêts, ses relations dans les milieux d'activités; restaurant, magasin, lieu de culte, cinéma. Satisfaction de sa participation. Le type de milieu de loisirs fréquentés, le niveau d'intégration, l'accessibilité physique, l'accueil du milieu, le support et les services.	DÉVELOPPEMENT AFFECTIF Habiletés concernant l'expression et le contrôle des sentiments et des émotions, sa motivation, ses comportements, l'expression de sa sexualité. Habiletés concernant sa façon d'être avec ses proches, ses pairs, ses amis, capacités de défendre ses droits, vulnérabilité. Satisfaction de son niveau d'autonomie. Le support reçu de son milieu et les services, satisfaction, attention et compréhension.
Situation de l'enfant et services actuels		
Besoins exprimés par l'enfant ou sa famille et ceux identifiés par l'intervenant		
Facteurs environnementaux		
Forces de l'enfant		
Objectifs suggérés		

4. ÉVALUATIONS, BILAN ET INFORMATIONS EN VUE DE L'ÉLABORATION DU PSI (suite)

12

MILIEU FAMILIAL

**SECTEURS
D'ACTIVITÉS
(s'il y a lieu)**

Connaissance du retard ou de la déficience de l'enfant, des ressources et programmes existants, la dynamique familiale, l'impact sur la fratrie, l'organisation des activités quotidiennes des membres de la famille, le niveau d'épuisement, réseau de soutien naturel.

Satisfaction concernant le bien-être de la famille.

Le support reçu du milieu et les services, satisfaction, accueil du milieu.

Situation
de la personne
et services actuels

Besoins exprimés
par l'enfant ou sa famille et
ceux identifiés
par l'intervenant

Facteurs
environnementaux

Forces
de la personne

Objectifs suggérés

5. PERSONNES SIGNIFICATIVES POUR LA RENCONTRE DU PSI

Personnes proposées pour assister à la rencontre

Nom	Prénom	Téléphone	Lien
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

6. REMARQUES

Concernant la préparation de la rencontre, y a-t-il des aspects litigieux, controversés qui demandent des discussions préalables ou autres remarques pertinentes

7. ÉNUMÉRATION DES OUTILS D'ÉVALUATION DU CRDI

Énumérer la liste des outils d'évaluation utilisés dans ce bilan autres que ceux annexés au RR-01 (0-5 ans)

Outils d'évaluation	Évaluateurs	Résultats	Date
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

8. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Nom et adresse de l'intervenant et de l'établissement ayant complété ce formulaire pour la personne qui requiert des services

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

Établissement : _____

Adresse : _____

No civique

Appartement

Ville

Province

Code postal

Téléphone : () _____

Personnes rencontrées lors de cette évaluation

Nom	Prénom	Lien	Fonction
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Date d'évaluation : _____

Signature de l'intervenant : _____

Document remis à : _____

**ÉVALUATION GLOBALE DES BESOINS,
BILAN ET INFORMATIONS PRÉPARATOIRES À L'ÉLABORATION DU PSI
POUR LES 6 ANS ET PLUS**

No dossier CRDI :

No dossier établissement référant :

1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

Nom : _____ Prénom : _____

2. ÉTAT DE SITUATION GLOBALE DE LA PERSONNE ET DE SA FAMILLE

Clarifier les motifs de la demande

4. ÉVALUATIONS, BILAN ET INFORMATIONS EN VUE DE L'ÉLABORATION DU PSI

SECTEURS D'ACTIVITÉS ¹ (s'il y a lieu)	# 1	# 2
	SANTÉ PHYSIQUE	ASPECT COGNITIF
	Habilités et autonomie à prendre soin de son état de santé, dans la prise de médicament, autres capacités physiologiques : respiration, digestion, excrétion, reproduction, résistance de l'organisme, soins dentaires. Satisfaction concernant son état de santé. Le support reçu de son milieu et les services, satisfaction, accessibilité.	Habilités concernant l'attention, la concentration, le schéma corporel, temps et espace, mémoire, sens et perception. Satisfaction de son niveau d'autonomie. Le support reçu de son milieu et les services, satisfaction, accessibilité.
Situation de la personne et services actuels		
Besoins exprimés par la personne ou sa famille et ceux identifiés par l'intervenant		
Facteurs environnementaux		
Forces de la personne		
Objectifs suggérés		

¹ La description des secteurs d'activités s'inspire principalement des documents suivants :

OPHQ. «*Guide pour l'évaluation globale des besoins, Je commence mon plan de services*», septembre 1993.
BOISVERT, Yves (CR Normand Laramée) et BERGERON, Alain (Fondation Intégraction Laval). «*La démarche sur le plan de services individualisé, Guide de préparation, de participation à la réunion sur le plan de services individualisé et de suivi du PSI à l'intention des répondants*», septembre 1995, pages 23 à 30.

4. ÉVALUATIONS, BILAN ET INFORMATIONS EN VUE DE L'ÉLABORATION DU PSI (suite)

SECTEURS D'ACTIVITÉS (s'il y a lieu)	# 3	# 4
	MOTRICITÉ-VISION-AUDITION	MILIEU DE VIE
	<p>Habilités concernant la motricité globale, la motricité fine, les aides techniques utilisées.</p> <p>Habilités concernant l'audition et la vue, les aides techniques utilisées.</p> <p>Satisfaction de son niveau d'autonomie.</p> <p>Le support reçu de son milieu et les services, satisfaction, accessibilité.</p>	<p>Satisfaction concernant son milieu de vie, intimité, liberté, sécurité, tranquillité.</p> <p>Les personnes avec qui elle vit, le type de ressources, type d'habitation, accessibilité, localisation, salubrité, sécurité, voisinage.</p>
Situation de la personne et services actuels		
Besoins exprimés par la personne ou sa famille et ceux identifiés par l'intervenant		
Facteurs environnementaux		
Forces de la personne		
Objectifs suggérés		

4. ÉVALUATIONS, BILAN ET INFORMATIONS EN VUE DE L'ÉLABORATION DU PSI (suite)

SECTEURS D'ACTIVITÉS (s'il y a lieu)	# 5	# 6
	VIE RÉSIDENIELLE	VIE COMMUNAUTAIRE
	<p>Habilités et autonomie concernant les AVQ : nutrition, condition corporelle, soins personnels, habillement.</p> <p>Habilités et autonomie concernant les AVD : entretien ménager, entretien des vêtements, entretien extérieur, déplacement à l'extérieur, assurer sa sécurité.</p> <p>Satisfaction de son niveau d'autonomie.</p> <p>Le support reçu de son milieu et les services, satisfaction, accessibilité.</p>	<p>Habilités concernant l'utilisation des ressources de la communauté : magasinage, épicerie, activités religieuses, banque, restaurant, faire un budget, utiliser l'argent.</p> <p>Satisfaction de son niveau d'autonomie.</p> <p>Les ressources utilisées, le choix des activités, l'accessibilité, l'adaptation des activités, l'accueil du milieu, le support et les services.</p>
Situation de la personne et services actuels		
Besoins exprimés par la personne ou sa famille et ceux identifiés par l'intervenant		
Facteurs environnementaux		
Forces de la personne		
Objectifs suggérés		

4. ÉVALUATIONS, BILAN ET INFORMATIONS EN VUE DE L'ÉLABORATION DU PSI (suite)

SECTEURS D'ACTIVITÉS (s'il y a lieu)	# 7	# 8
	COMMUNICATION	DÉPLACEMENT ET TRANSPORT
	<p>Mode de communication verbale, non verbale, habiletés concernant l'expression de ses besoins, de sa pensée, ses émotions, la compréhension, l'écriture, la lecture, usage du téléphone, radio, TV, etc. Satisfaction de son niveau de communication.</p> <p>Le support reçu de son milieu et les services, satisfaction, accessibilité.</p>	<p>Habilités concernant l'orientation, circulation à pied, lecture des symboles civiques, règles de sécurité, utilisation des transports. Satisfaction de son niveau d'autonomie.</p> <p>Les déplacements habituels, moyens de transport utilisés, disponibilité, horaires, accueil des transporteurs, support et services.</p>
Situation de la personne et services actuels		
Besoins exprimés par la personne ou sa famille et ceux identifiés par l'intervenant		
Facteurs environnementaux		
Forces de la personne		
Objectifs suggérés		

4. ÉVALUATIONS, BILAN ET INFORMATIONS EN VUE DE L'ÉLABORATION DU PSI (suite)

SECTEURS D'ACTIVÉTÉS (s'il y a lieu)	# 9	# 10
	MILIEU DE GARDE (12 ans et moins)	ÉDUCATION
	<p>Habilités concernant sa participation aux activités, ses goûts, ses intérêts, ses relations avec les autres enfants, les adultes. Satisfaction de son développement.</p> <p>Le type de milieu de garde fréquenté, le niveau d'intégration, l'accessibilité physique, l'accueil du milieu, le support et les services.</p>	<p>Habilités concernant ses apprentissages académiques et autres, ses goûts, ses intérêts, ses relations dans la classe et dans l'école. Satisfaction de son développement.</p> <p>Le type d'école et de classe fréquenté, le niveau d'intégration, l'accessibilité physique, l'accueil du milieu, le support et les services.</p>
Situation de la personne et services actuels		
Besoins exprimés par la personne ou sa famille et ceux identifiés par l'intervenant		
Facteurs environnementaux		
Forces de la personne		
Objectifs suggérés		

4. ÉVALUATIONS, BILAN ET INFORMATIONS EN VUE DE L'ÉLABORATION DU PSI (suite)

SECTEURS D'ACTIVITÉS (s'il y a lieu)	# 11	# 12
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> TRAVAIL OU ACTIVITÉS OCCUPATIONNELLES </div> <p>Habilités concernant la productivité ou la participation aux activités, ses goûts, ses intérêts, ses relations dans son milieu. Satisfaction de son travail ou de ses activités. Le type de milieu de travail ou milieu d'activités fréquenté, le niveau d'intégration, l'accessibilité physique, l'accueil du milieu, le support et les services.</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> LOISIRS ET RÉCRÉATIONS </div> <p>Habilités concernant sa participation aux activités, ses goûts, ses intérêts, ses relations dans les milieux d'activités. Satisfaction de sa participation. Le type de milieu de loisirs fréquentés, le niveau d'intégration, l'accessibilité physique, l'accueil du milieu, le support et les services.</p>
Situation de la personne et services actuels		
Besoins exprimés par la personne ou sa famille et ceux identifiés par l'intervenant		
Facteurs environnementaux		
Forces de la personne		
Objectifs suggérés		

4. ÉVALUATIONS, BILAN ET INFORMATIONS EN VUE DE L'ÉLABORATION DU PSI (suite)

13

VIE PERSONNELLE, AFFECTIVE ET RELATIONNELLE

SECTEURS D'ACTIVITÉS (s'il y a lieu)

Habiletés concernant l'expression et le contrôle des sentiments et des émotions, sa motivation, ses comportements, sa façon d'être avec ses proches, ses pairs, ses amis, ses relations amoureuses, l'expression de sa sexualité, sa capacité de défendre ses droits, sa vulnérabilité
Satisfaction de son niveau d'autonomie.

Le support reçu de son milieu et les services, satisfaction, attention et compréhension.

Situation
de la personne
et services actuels

Besoins exprimés
par la personne ou sa
famille et ceux identifiés
par l'intervenant

Facteurs
environnementaux

Forces
de la personne

Objectifs suggérés

4. ÉVALUATIONS, BILAN ET INFORMATIONS EN VUE DE L'ÉLABORATION DU PSI (suite)

14

MILIEU FAMILIAL

**SECTEURS
D'ACTIVITÉS
(s'il y a lieu)**

Connaissance de la déficience de la personne, des ressources et programmes existants, la dynamique familiale, l'organisation des activités quotidiennes des membres de la famille, le niveau d'épuisement, réseau de soutien naturel.

Satisfaction concernant le bien-être de la famille.

Le support reçu du milieu et les services, accueil du milieu.

Situation
de la personne
et services actuels

Besoins exprimés
par la personne ou sa
famille et ceux identifiés
par l'intervenant

Facteurs
environnementaux

Forces
de la personne

Objectifs suggérés

5. PERSONNES SIGNIFICATIVES POUR LA RENCONTRE DU PSI

Personnes choisies par la personne, sa famille ou son représentant pour assister à la rencontre suite à une validation avec ces derniers

Nom	Prénom	Téléphone	Lien
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

6. REMARQUES

Concernant la préparation de la rencontre, y a-t-il des aspects litigieux, controversés qui demandent des discussions préalables ou autres remarques pertinentes

7. ÉNUMÉRATION DES OUTILS D'ÉVALUATION DU CRDI

Énumérer la liste des outils d'évaluation utilisés dans ce bilan autres que ceux annexés au RR-01 (6 ans et plus)

Outils d'évaluation	Évaluateurs	Résultats	Date
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

8. PRIORITÉ DE LA DEMANDE POUR LE CRDI

Priorité

Sous-priorité

9. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Nom et adresse de l'intervenant et de l'établissement ayant complété ce formulaire pour la personne qui requiert des services

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

Établissement : _____

Adresse : _____

No civique

Appartement

Ville

Province

Code postal

Téléphone : () _____

Personnes rencontrées lors de cette évaluation

Nom	Prénom	Lien	Fonction
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Date d'évaluation : _____

Signature de l'intervenant : _____

Document remis à _____

5. IDENTIFICATION DES BESOINS – PLANIFICATION DES SERVICES REQUIS PAR ORDRE DE PRIORITÉ.

Besoins	Services		Ordre de priorité	Dispensateur	Personne responsable	Date de réalisation
	Requis	Alternatifs				

5. IDENTIFICATION DES BESOINS – PLANIFICATION DES SERVICES REQUIS PAR ORDRE DE PRIORITÉ (suite).

Besoins	Services		Ordre de priorité	Dispensateur	Personne responsable	Date de réalisation
	<i>Requis</i>	<i>Alternatifs</i>				

Logo de l'établissement

Nom : _____
Dossier : _____

**MODÈLE D'AUTORISATION
DE LA PERSONNE À COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
ET DE PROCÉDER À UNE DEMANDE DE SERVICES**

Je confirme, par la présente, avoir pris connaissance des renseignements personnels me concernant inscrits au formulaire ci-joint et que ces informations sont conformes à ma demande de services.

J'autorise le _____ (nom de l'établissement) _____ à transmettre les évaluations, les rapports professionnels et les renseignements relatifs à cette demande de services aux établissements et organismes impliqués dans le traitement de ma demande ou appelés à m'offrir des services.

Signé à _____ ce _____ du mois de _____
«ville» «date» «mois» «année»

Signature de la personne concernée

Signature du parent, du représentant désigné ou légal, s'il y a lieu

Témoin à la signature