

Formulaire d'orientation du patient vers un Travailleur ou Travailleuse



spécialisé(e) en TSAF

Confidentiel

Informations sur la source de la référence. Ce formulaire peut être rempli par la famille ou le prestataire de services.

Date du jour (jj/mm/aaaa) :

Qui remplit ce formulaire ? (Veuillez cocher une case) :

- Parent(e)/aidant(e) naturel(le)/tuteur(e) légal(e)
- Soi-même/jeunesse
- Équipe de l'école
- Agence professionnelle/communautaire
- Médecin
- Équipe d'accueil de CHEO
- Autre

Veuillez envoyer le formulaire complété par fax au numéro suivant : (613)738-4841 ; ou par la poste à:

Able2, Programme de ressources sur le TSAF

312, rue Parkdale, Ottawa, Ontario, K1Y 4X5 Formulaire

Nom (personne qui réfère les services) :	
Numéro de téléphone de contact :	Numéro de téléphone alternatif :

Les informations personnelles recueillies par le biais d'un formulaire d'orientation sur le Trouble du spectre de l'alcoolisation foetale (TSAF) sont utilisées pour vérifier les dossiers actuels de nos clients et pour déterminer l'admissibilité à l'admission. Veuillez consulter les renseignements sur le TSAF sur le site Web de CHEO pour comprendre ce que l'équipe en travail spécialisé sur le TSAF peut offrir à une famille.

Si vous êtes intéressé.es à accéder aux services d'un travailleur TSAF pour vous-même, votre famille ou votre client(e)/patient(e)/étudiant(e), veuillez prendre s'il vous plaît quelques minutes afin de répondre aux questions suivantes.

Une fois le formulaire reçu, l'équipe d'accès effectuera un suivi pour compléter le processus d'orientation. Une évaluation des besoins sera effectuée afin de déterminer la meilleure façon de répondre aux besoins de l'enfant ou du jeune et d'établir l'admissibilité au programme de travailleur(e) spécialisé(e) sur le TSAF. Ce formulaire fera partie du dossier médical de l'enfant ou de la jeunesse et demeurera confidentiel.

***Remarque : un diagnostic de TSAF n'est pas exigé pour recevoir les services de l'équipe de travail spécialisé sur le TSAF.**

<p>Consentement</p> <p>J'ai le consentement du tuteur légal pour soumettre ce formulaire : () Oui () non</p> <p>Le tuteur légal donne son consentement au Programme de Ressources sur l'alcoolisation foetale : () Oui () non</p> <p>Le ou la jeune (12-21 ans) donne son consentement au Programme de Ressources sur l'alcoolisation foetale. () Oui () non</p>

Veuillez envoyer le formulaire complété par fax au numéro suivant : (613)738-4841 ; ou par la poste à:

Able2, Programme de ressources sur le TSAF

312, rue Parkdale, Ottawa, Ontario, K1Y 4X5 Formulaire

Raison pour effectuer les services d'un travailleurs ou d'une travailleuses spécialisé(e)s en TSAF :	
<input type="checkbox"/> Diagnostique de TSAF officiel <input type="checkbox"/> TSAF soupçonné <input type="checkbox"/> En attente pour les services d'évaluation diagnostique TSAF	
La famille vit à :	
<input type="checkbox"/> Ottawa <input type="checkbox"/> Prescott-Russell <input type="checkbox"/> Stormont, Dundas & Glengarry	
Informations à propos de l'enfant ou du ou de la jeune	
Nom :	Prénom :
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Nom parent/tuteur principal :	
Relation :	
Téléphone préféré : <input type="checkbox"/> # Maison :	<input type="checkbox"/> # Cell :
<input type="checkbox"/> # Travail :	
Information additionnelle (volontaire)	
Auto-identification :	
<input type="checkbox"/> Francophone <input type="checkbox"/> Premières Nations <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> Nouvel arrivant	
Langue (s) parlée(s) :	Interprète requis : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Veuillez envoyer le formulaire complété par fax au numéro suivant : (613)738-4841 ; ou par la poste à:

Able2, Programme de ressources sur le TSAF

312, rue Parkdale, Ottawa, Ontario, K1Y 4X5 Formulaire

Veuillez confirmer s'il vous plaît tous les prestataires de soins et services impliqués avec la famille :	
Services	Précédemment (P), actif (A) ou liste d'attente (L)
() CHEO	
Spécifier les programmes :	
Spécifier les programmes :	
() Rotary Home	
() École Nom de l'école :	
() Programme de garde d'enfants Nom du programme :	
() Coordination des services	
() Réseau local de santé intégrée (RLISS)	
() Services d'appui à l'inclusion des enfants (CISS)	
() Maison de Roger Neilson	
() Société d'aide à l'enfance	
() Comtés unis de Prescott-Russell	
() Service valoris pour les enfants et les adultes de Prescott-Russell	
Spécifier les programmes :	

Veuillez envoyer le formulaire complété par fax au numéro suivant : (613)738-4841 ; ou par la poste à :

Able2, Programme de ressources sur le TSAF

312, rue Parkdale, Ottawa, Ontario, K1Y 4X5 Formulaire

<input type="checkbox"/> SOPDI SD&G	
<input type="checkbox"/> Programmes Inuits	
<input type="checkbox"/> Programme autochtone	
<input type="checkbox"/> Akwesasne	
<input type="checkbox"/> Autres	
<input type="checkbox"/> Autres	

Veillez partager s'il vous plaît toute autre information que vous considérez qu'il est important pour nous de savoir.

Veuller envoyer le formulaire complété par fax au numéro suivant : (613)738-4841 ; ou par la poste à:

Able2, Programme de ressources sur le TSAF

312, rue Parkdale, Ottawa, Ontario, K1Y 4X5 Formulaire

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir
ce formulaire, veuillez communiquer avec le
Programme de ressources sur l'alcoolisation fœtale de Able2
au numéro suivant :
613-761-9522 poste 234 ; FASD@able2.org

Veillez envoyer le formulaire complété par fax au numéro suivant : (613)738-4841 ; ou par la poste à:
Able2, Programme de ressources sur le TSAF
312, rue Parkdale, Ottawa, Ontario, K1Y 4X5 Formulaire