

Destinataires :	À tout le personnel du CEMTL et ses partenaires externes
Expéditeurs :	Mélissa C. Ouimet, chef d'administration de programme en déficience physique et du guichet déficience physique motrice
Date :	9 juillet 2024
Objet :	*ERRATUM* Procédure de référence au guichet déficience physique (DP) motrice

Bonjour,

Veuillez prendre note qu'à partir du 7 juillet 2024, **ces deux documents seront obligatoires** pour procéder au traitement d'une demande au guichet DP motrice :

1. Formulaire de demande de service dûment complété (DSIE, référence interne, analyse de l'accueil psychosocial ou formulaire "demande de service au guichet d'accès DI-TSA-DP" – voir formulaire en annexe à la note de service);
2. Document médical ou professionnel attestant du diagnostic de DP motrice.

Toutes demandes reçues sans ces deux documents ne seront pas recevables et seront retournées au référent en indiquant les informations manquantes.

RAPPEL :

- **Toutes les demandes des partenaires externes** au CEMTL pour le guichet DP motrice doivent transiger par le guichet d'accès pour les personnes en perte d'autonomie (GAPPA) accessible via :
 - o accueilcentralise.cemtl@ssss.gouv.qc.ca (pour les partenaires seulement)
 - o Télécopieur : 514-356-0637
 - o Ligne partenaire : 514-255-2018 / Ligne usagers : 514-255-2490
- **Toutes les références internes** au CEMTL peuvent être acheminées directement au guichet DP motrice :
 - o guichetdp.cemtl@ssss.gouv.qc.ca (pour les partenaires seulement dans les 3 RLS)
 - o Téléphone : 514-524-3255 (pour les partenaires et les usagers en attente)
- **Les usagers** peuvent contacter directement l'accueil de leur CLSC pour formuler leur demande ([Adresses et coordonnées | CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal \(gouv.qc.ca\)](#)).

Merci de votre collaboration.



Destinataire

- CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

À L'USAGE DU GUICHET

Date de réception

DEMANDE DE SERVICE AU GUICHET D'ACCÈS DI-TSA-DP

NOTE

Tous les champs précédés d'un astérisque (*) sont obligatoires. Un formulaire incomplet pourrait vous être retourné. Nous vous demandons de remplir le formulaire en lettres moulées s.v.p.

1. IDENTIFICATION

Identification de l'utilisateur

*NOM DE FAMILLE		*PRÉNOM	
*DATE DE NAISSANCE	*ÂGE	*NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE	*EXPIRATION
*SEXE :		<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin
*LANGUE PARLÉE : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :			
<input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ)		<input type="checkbox"/> Langue des signes Anglais (ASL)	
*NOM DE LA MÈRE À LA NAISSANCE :			
*PRÉNOM DE LA MÈRE À LA NAISSANCE			
STATUT CIVIL : <input type="checkbox"/> Canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Autre :			

Milieu de vie

<input type="checkbox"/> Maison/Appartement	<input type="checkbox"/> Famille d'accueil	<input type="checkbox"/> Ressource de type familiale (RTF)
<input type="checkbox"/> Domicile des parents	<input type="checkbox"/> Ressource intermédiaire (RI)	<input type="checkbox"/> Centre d'hébergement (CHSLD)
<input type="checkbox"/> Foyer de groupe	<input type="checkbox"/> Autre :	

Adresse

Nom de la ressource (si pertinent) :	
Adresse :	Appartement :
Ville :	Code postal :
*Téléphone domicile :	<input type="checkbox"/> ATS/ATME
Téléphone cellulaire :	<input type="checkbox"/> Me rejoindre par texto

Nom :

Prénom :

Date naissance :

Téléphone au travail :	Poste :
Courriel :	

En cas d'urgence

Nom :	Prénom :
Lien :	Téléphone :
Langue parlée : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :	
<input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ) <input type="checkbox"/> Langue des signes Anglais (ASL)	
<input type="checkbox"/> Demande de service d'interprète, précisez :	
Nom du parent 1 <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père :	Prénom du parent 1 <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père :
Nom du parent 2 <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père :	Prénom du parent 2 <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père :

Je communique au téléphone avec difficulté, communiquez avec :

<input type="checkbox"/> Même personne en cas d'urgence	
Nom :	Prénom :
Lien :	Téléphone :

Régime d'indemnisation : <input type="checkbox"/> CNESST <input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> Autre :		
No de dossier :	Date de l'accident/événement :	
Agent d'indemnisation :	Téléphone :	Poste :
Conseiller en réadaptation :	Téléphone :	Poste :

2. À COMPLÉTER SI MAJEUR

Occupation :	<input type="checkbox"/> Travailleur <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sécurité du revenu <input type="checkbox"/> Étudiant
	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
État civil :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé/divorcé
	<input type="checkbox"/> Veuve/veuf
Milieu de vie :	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec conjoint(e) <input type="checkbox"/> Avec parents <input type="checkbox"/> Avec enfant(s)

Régime de protection : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	No dossier, si connu :
Nom du répondant légal :	Téléphone :

À Compléter si mineur

L'enfant vit avec : <input type="checkbox"/> Deux parents <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Garde partagée
<input type="checkbox"/> Autre :
Garde légale : <input type="checkbox"/> Deux parents <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Garde partagée, modalité :

Nom :

Prénom :

Date naissance :

<input type="checkbox"/> Autre :
Cadre légal : <input type="checkbox"/> LSSSS <input type="checkbox"/> LPJ <input type="checkbox"/> LSJPA

Coordonnées du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur :

Langue d'usage :	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ)	<input type="checkbox"/> Langue des signes Anglais (ASL)	
Tuteur 1 :	Tuteur 2 :		
Adresse : <input type="checkbox"/> Même adresse que l'utilisateur, sinon :	Adresse : <input type="checkbox"/> Même adresse que l'utilisateur, sinon :		
Téléphone à domicile :	Téléphone à domicile :		
Autre no de téléphone :	<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail poste :	Autre no de téléphone :	<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail poste :
Courriel :	Courriel :		

3. * RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Diagnostic principal :	
Précisez :	
Date du diagnostic ou de l'événement :	
Autres diagnostics et conditions associées :	
Précisez :	
Nom du/des médecin(s) actif(s) au dossier :	Prénom du/des médecin(s) actif(s) au dossier :
Établissement :	
Adresse :	
*Téléphone :	Poste :

4. * INFORMATION SUR LA SITUATION

État de la situation (problématique et impact) :
Précisez :
Élément déclencheur (pourquoi faire la demande maintenant) :
Précisez :
Besoins exprimés par l'utilisateur et sa famille :
Précisez :
Interventions/suivis antérieurs (solutions tentées) :
Précisez :
Facteurs de risque et de protection (Ex : risques liés à des problématiques de santé mentale et dépendance, idées suicidaires chez l'utilisateur et/ou le proche aidant, réseau de la personne) :
Précisez :

Nom :

Prénom :

Date naissance :

5. * MOTIF DE LA RÉFÉRENCE

Précisez :

6. RÉFÉRENT

Nom de la personne ayant complété la demande

Référent

Famille

Autre :

* Nom :

* Prénom :

Adresse :

Ville :

Code postal :

*Téléphone :

Poste :

Courriel :

Titre d'emploi :

Établissement :

* Signature

Titre professionnel

* Date (aaaa-mm-jj)

***Je confirme que les renseignements fournis au formulaire sont exacts et véridiques :**

_____ Ou consentement verbal

Signature de l'utilisateur ou de son représentant
si l'utilisateur est inapte ou est âgé de moins de 14 ans

_____ Date (aaaa-mm-jj)

Si l'utilisateur présente une incapacité motrice l'empêchant de signer, veuillez inscrire le motif et faire signer deux témoins

_____ Nom en lettres moulées et signature du témoin

_____ Date (aaaa-mm-jj)

_____ Nom en lettres moulées et signature du témoin

_____ Date (aaaa-mm-jj)

***Je comprends que les établissements impliqués doivent communiquer entre eux pour faire l'analyse de la demande.**

***Merci de vous assurer de joindre le formulaire ministériel Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier de l'utilisateur (AH-216-DT9060), même s'il s'agit d'échange d'information entre les anciennes constituantes d'un même CIUSSS.**