

SOURCE DE RÉFÉRENCE		
Nom de la source de référence si autre que la cliente ou le client :	Position/Relation à la cliente ou au client :	Numéro de téléphone:

RENSEIGNEMENT SUR LA CLIENTE/LE CLIENT			
Nom de l'enfant/du jeune :		Date de naissance : (jj/mm/aaaa)	
Nom légal :			
Nom préféré :			
Sexe :			
Langue :	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre :		
École/ Études-Année :			
Origine ethnique / Première Nation :			
Case postale :		Maison :	
Adresse de rue :		Cellulaire :	
Ville :	Province :	Code postal :	
Courriel :			
Nom du parent/tuteur légal/tutrice légale :		Nom du parent/tuteur légal/tutrice légale :	

BESOINS DE LA CLIENTE OU DU CLIENT
(indiquez les besoins présentés selon la cliente/le client ou le(s) parent(s)/tuteur(s) légaux/tutrice(s) légale(s) et là où ils surviennent, c'est-à-dire à la maison, dans la communauté, et depuis combien de temps ces besoins sont-ils présents, etc.).

SERVICES DE COUNSELLING ET DE THÉRAPIE (SCT) - SÉANCE DE THÉRAPIE BRÈVE		
ZONE D'INQUIÉTUDES : (SVP, choisir un maximum de 3)		
<input type="checkbox"/> Aptitudes à la vie quotidienne	<input type="checkbox"/> Difficultés de gestion de comportement	<input type="checkbox"/> Maîtrise de la colère
<input type="checkbox"/> Attention/concentration/hyperactivité	<input type="checkbox"/> Difficultés de la pensée (hallucinations, délires ou pensées irrationnelles)	<input type="checkbox"/> Maîtrise des émotions/changements d'humeur
<input type="checkbox"/> Automutilation	<input type="checkbox"/> Difficultés de sommeil	<input type="checkbox"/> Malhonnêteté
<input type="checkbox"/> Comportement agressif	<input type="checkbox"/> Difficultés liées à l'adoption	<input type="checkbox"/> Mauvaise utilisation/utilisation des jeux
<input type="checkbox"/> Comportement antisocial		
<input type="checkbox"/> Comportements d'incendie		

<input type="checkbox"/> inappropriés	<input type="checkbox"/> Difficultés liées à la fratrie	<input type="checkbox"/> Mauvaise utilisation/ utilisation des jeux d'argent
<input type="checkbox"/> Comportements de repli sur soi ou d'isolement	<input type="checkbox"/> Difficultés liées à la séparation/le divorce/la famille recomposée	<input type="checkbox"/> Mauvaise utilisation/ utilisation de la substance
<input type="checkbox"/> Comportements oppositionnels avec provocation	<input type="checkbox"/> Difficultés légales	<input type="checkbox"/> Mauvaise utilisation/ utilisation de la technologie
<input type="checkbox"/> Comportements sexuels déplacés	<input type="checkbox"/> Difficultés parentales	<input type="checkbox"/> Mauvais traitements
<input type="checkbox"/> Conflit parent-enfant	<input type="checkbox"/> Difficultés relationnelles/ difficultés dans le couple/ violence dans le couple	<input type="checkbox"/> Perte et deuil
<input type="checkbox"/> Cruauté envers les animaux	<input type="checkbox"/> Difficultés sensorielles	<input type="checkbox"/> Plaintes d'ordre somatique
<input type="checkbox"/> Demande générale	<input type="checkbox"/> Difficultés sociales	<input type="checkbox"/> Préoccupations médicales
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Divulgaration de dossier	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale chez le parent/problèmes de consommation de substances chez le parent
<input type="checkbox"/> Difficultés à l'école – de rendement scolaire/émotif/ comportemental ou d'assiduité	<input type="checkbox"/> Éducation au niveau de la santé mentale	<input type="checkbox"/> Soutien et assistance
<input type="checkbox"/> Difficultés d'adaptation	<input type="checkbox"/> Encoprésie	<input type="checkbox"/> Traumatisme
<input type="checkbox"/> Difficultés d'anxiété	<input type="checkbox"/> Énurésie	<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme
<input type="checkbox"/> Difficultés d'attachement	<input type="checkbox"/> Fugue	<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (FASD)
<input type="checkbox"/> Difficultés d'estime de soi	<input type="checkbox"/> Gestion de cas	<input type="checkbox"/> Violence familiale/conflit familial
<input type="checkbox"/> Difficultés d'identité de genre	<input type="checkbox"/> Idées ou menaces d'homicide	<input type="checkbox"/> Vol
<input type="checkbox"/> Difficultés d'orientation sexuelle	<input type="checkbox"/> Idées/menaces/gestes/ tentatives de suicide	
<input type="checkbox"/> Difficultés de comportement alimentaire	<input type="checkbox"/> Impulsivité	
<input type="checkbox"/> Difficultés de développement	<input type="checkbox"/> Intimidation	
	<input type="checkbox"/> Lien communautaire	

SIGNATURE	
SOURCE DE RÉFÉRENCE/CLIENTE/CLIENT :	DATE :
	JJ/MM/AAAA

Un consentement signé est joint et/ou un consentement verbal a été obtenu.

Svp, notez que ce n'est **PAS** un service de crise.

Si la cliente/le client a besoin du service de crise, svp appeler le service d'Accueil au 705 360-7100.

Retourner à: mhintake.referrals@neofacs.org

DISTRIBUTION	
Originale	Numérisée et téléversée dans le dossier électronique de la cliente/du client
Copie	Offerte à la cliente / au client