

## Programme d'autisme du Nord-Est de l'Ontario

**VEUILLEZ IMPRIMER CE FORMULAIRE, le REMPLIR et l'envoyer PAR TÉLÉCOPIEUR accompagné d'une confirmation du diagnostic de trouble du spectre autistique (TSA) à un ou l'autre des numéros suivants :**

- ❖ Centre de traitement pour enfants La place des enfants : 705-474-0127
- ❖ Mains LeReseaudaideauxfamilles.ca : 705-495-1373

**Ou envoyez les documents par la POSTE à l'une ou l'autre des adresses suivantes :**

- ❖ Centre de traitement pour enfants La place des enfants  
400, avenue McKeown, North Bay (Ontario) P1B 0B2      Tél. : 705-476-5437 ou 1-866-626-9100
- ❖ Mains LeReseaudaideauxfamilles.ca  
222, rue Main Est, North Bay (Ontario) P1B 1B1      Tél. : 705-476-2293 ou 1-800-668-8555

### NE PAS ENVOYER LES DOCUMENTS PAR COURRIEL

**Information fournie par :** \_\_\_\_\_ (p. ex., membre de la famille, médecin, enseignant ou enseignante)

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

**Qui vous a recommandé de faire cet aiguillage aux services?** \_\_\_\_\_ (p. ex., organisme, thérapeute, membre de la famille, médecin, enseignant ou enseignante)

Nom (Nom de famille, Prénom, Initiale) :		Date de naissance (jour, mois, an) :		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse :					
Code postal :			Téléphone (domicile) :		
Numéro de carte Santé et version de la carte :			Médecin de famille :		Téléphone :
Pédiatre :		Téléphone :	École/Garderie :		Année scolaire :
Courriel :			Langue(s) parlée(s) par l'enfant : Langue(s) parlée(s) par le(s) parent(s)/tuteur(s) :		

### Renseignements sur la famille

Nom de la mère :		Adresse ( <input type="checkbox"/> même que ci-dessus) :		Téléphone (Domicile) : (Travail) :	
Nom du père :		Adresse ( <input type="checkbox"/> même que ci-dessus) :		Téléphone (Domicile) : (Travail) :	
Garde de l'enfant : <input type="checkbox"/> Les deux parents		<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Autre entente/entente particulière	
Tuteur légal :		Lien avec l'enfant :	Téléphone :	Adresse :	

Diagnostic(s) : Confirmation du(des) diagnostic(s)  Oui  Non

Diagnostic(s) posé(s) par : Date : Rapport(s) joint(s) à ce formulaire :  Oui  À suivre

**Comment avez-vous entendu parler de ce programme?** \_\_\_\_\_ (p. ex., autre organisme, séance d'information)

---

**Veillez indiquer les domaines dans lesquels l'enfant a des besoins (cochez tous les choix qui s'appliquent) :**

<input type="checkbox"/> Relations sociales et interpersonnelles	<input type="checkbox"/> Habiletés motrices
<input type="checkbox"/> Communication	<input type="checkbox"/> Activités de la vie quotidienne
<input type="checkbox"/> Fonctions cognitives	<input type="checkbox"/> Jeu
<input type="checkbox"/> Préparation à l'école	<input type="checkbox"/> Autorégulation
<input type="checkbox"/> Préparation à l'emploi	<input type="checkbox"/> Comportements difficiles

Détails : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'enfant/le jeune/la famille est d'accord pour que cet aiguillage soit fait aux organismes responsables du Programme d'autisme du Nord-Est de l'Ontario (Mains LeReseudaideauxfamilles.ca et La place des enfants) et est d'accord pour que les renseignements soient partagés avec les organismes partenaires du programme aux fins du traitement de la demande et de l'admission au programme (Services à la famille et à l'enfance du Nord-Est de l'Ontario et Services à la famille et à l'enfance Misiway MilopemahteseWIN)  Oui  Non

L'enfant/le jeune/la famille est d'accord pour que cet aiguillage soit fait au Programme d'autisme du Nord-Est de l'Ontario, ce qui comprend la collecte d'information et le partage d'information avec Mains et La place des enfants, qui gèrent ensemble la liste d'attente centralisée du Programme d'autisme du Nord-Est de l'Ontario.  Oui  Non

Le jeune/la famille est d'accord pour que le Programme d'autisme du Nord-Est de l'Ontario se serve du courriel pour lui envoyer de l'information sur les activités à venir et les programmes de formation.  Oui  Non

Qui a donné le consentement?  Enfant/jeune  Parent/tuteur

Consentement verbal (aiguillage par téléphone) :  Oui Signature : \_\_\_\_\_

Signature pour le consentement écrit au partage de l'information : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## À L'UTILISATION DU PERSONNEL DE L'ACCUEIL SEULEMENT

Rempli par :  Organisme recevant la demande : La place des enfants <input type="checkbox"/> Mains <input type="checkbox"/>	Mode de réception de la demande : <input type="checkbox"/> Télécopieur <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> En personne <input type="checkbox"/> Téléphone
<input type="checkbox"/> Exigences de résidence et d'âge respectées	<input type="checkbox"/> Consentement obtenu au partage d'information avec les organismes responsables du Programme d'autisme du Nord-Est de l'Ontario
<input type="checkbox"/> Diagnostic reçu <input type="checkbox"/> Lettre <input type="checkbox"/> Rapport Date : _____ Heure : _____	<input type="checkbox"/> Diagnostic confirmé Signature : _____  Date : _____

Les organismes responsables du Programme d'autisme du Nord-Est de l'Ontario pourraient communiquer avec les familles à une date ultérieure à des fins de recherche et d'évaluation.

« Les renseignements personnels dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, de la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée* et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*. Les renseignements personnels seront utilisés aux fins de la prestation de services de santé appropriés. Les questions concernant la collecte de ces renseignements peuvent être posées à La place des enfants ou à Mains LeReseaudaideauxfamilles.ca. »

Révisé en juin 2017