RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Formulaire de demande d'admission

Unité provinciale de Psychiatrie Légale et Tertiaire pour jeunes

Date : Région :

Intervenant(e) primaire : Téléphone :

Motifs de la demande d'admission

Renseignements personnels

Nom légal : Nom choisi :

Sexe à la naissance : Identité de genre/pronoms : DDN :

No d'assurance maladie : Carte d'assistance médicale :

Langue : Lieu de naissance :

Adresse actuelle :

Placement actuel : ◯ Foyer familial ◯ Foyer d'accueil ◯ Foyer de groupe ◯ Placement auprès de membres de la parenté

Autre (préciser) :

Lieu de résidence prévu à la suite du congé

Statut – ministère du développement social

◯ Tutelle ◯ Entente de garde ◯ Ordonnance de garde Date d'expiration :

Travailleuse sociale/Travailleur social : Tél. : Téléc. :

Famille de la jeune/du jeune

Est-ce que l'enfant est adopté(e)? : ◯ Oui ◯ Non

PÈRE (Cocher ◯ BIOLOGIQUE ou ◯ ADOPTIF)

Nom du père : Téléphone :

Adresse complète :

Décrire la relation avec l'enfant :

État matrimonial : ◯ Célibataire ◯ Marié(e) ◯ Séparé(e) ◯ Divorcé(e) ◯ Conjoint(e) de fait

BEAU-PARENT (LE CAS ÉCHÉANT)

Nom du beau-parent : Téléphone :

Adresse complète :

Décrire la relation avec l'enfant :

État matrimonial : ◯ Célibataire ◯ Marié(e) ◯ Séparé(e) ◯ Divorcé(e) ◯ Conjoint(e) de fait

MÈRE (Cocher ◯ BIOLOGIQUE ou ◯ ADOPTIVE)

Nom de la mère : Téléphone :

Adresse complète :

Décrire la relation avec l'enfant :

État matrimonial : ◯ Célibataire ◯ Marié(e) ◯ Séparé(e) ◯ Divorcé(e) ◯ Conjoint(e) de fait

BEAU-PARENT (LE CAS ÉCHÉANT)

Nom du beau-parent : Téléphone :

Adresse complète :

Décrire la relation avec l'enfant :

État matrimonial : ◯ Célibataire ◯ Marié(e) ◯ Séparé(e) ◯ Divorcé(e) ◯ Conjoint(e) de fait

AUTRE TUTEUR (LE CAS ÉCHÉANT)

Nom du tuteur : Téléphone :

Adresse complète :

État de santé :

Décrire la relation avec l'enfant :

FRÈRES/SŒURS

Nom : Âge :

Nom : Âge :

Nom : Âge :

Nom : Âge :

Participation prévue de la famille pendant le séjour

Personnes qui ne sont pas autorisées à communiquer avec la/le jeune

Nom : Rapport :

Nom : Rapport :

Risque suicidaire

La cliente ou le client a-t-il des pensées suicidaires? ◯ Oui ◯ Non

La cliente ou le client a-t-il des antécédents de gestes ou de tentatives de suicide? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, veuillez décrire :

Y a-t-il des antécédents de comportements suicidaires chez un membre de la famille immédiate? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, veuillez décrire :

La cliente ou le client a-t-il un plan détaillé de suicide (méthode, accessibilité du moyen, date, lieu, létalité)? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, veuillez décrire :

Facteurs de risques

La cliente ou le client a-t-il des antécédents d'agression envers autrui? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, veuillez décrire :

La cliente ou le client a-t-il des antécédents d'agression envers les animaux? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, veuillez décrire :

La cliente ou le client a-t-il des antécédents de destruction des biens? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, veuillez décrire :

Bref aperçu des défis vécus actuellement

Forces de la jeune ou du jeune (expliquer)

Renseignements sur l'éducation

École et district :

Dernière année scolaire réussie :

La jeune ou le jeune fréquente-t-il actuellement l'école? ◯ Oui ◯ Non | Absentéisme scolaire important? ◯ Oui ◯ Non

La jeune ou le jeune reçoit-il des services individualisés (aide à l'enseignement, plan d'intervention personnalisé, ressources)? Préciser :

Troubles d'apprentissage diagnostiqués? Préciser :

Évaluation psychoéducative réalisée en milieu scolaire? Préciser :

Passe-temps, intérêts de la jeune ou du jeune

Décrire les passe-temps, les intérêts de la jeune ou du jeune ainsi que sa participation dans la communauté (équipe, organisme ou groupe d'appartenance) :

Aperçu de la dynamique familiale

Statut juridique (veuillez cocher)

◯ Accusation en attente (et date de comparution devant le tribunal)

◯ Déjudiciarisation

◯ Garde en milieu ouvert

◯ Probation (date d'expiration et nom de l'agent(e) de probation)

◯ Autre (préciser) :

LE CAS ÉCHÉANT, PRÉCISER LES TYPES D'INFRACTIONS PASSÉES OU ACTUELLES :

Antécédents familiaux

Y a-t-il des problèmes de santé mentale dans la famille de la jeune ou du jeune
(dépression, anxiété, TDAH, trouble bipolaire, schizophrénie, trouble obsessionnel compulsif, etc.)?

Dans la famille de la mère :

Dans la famille du père :

Y a-t-il eu des comportements suicidaires?
Dans la famille de la mère :

Dans la famille du père :

Y a-t-il des membres de la famille qui présentent des difficultés semblables à celles de la jeune ou du jeune?

Y a-t-il des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues :
Dans la famille de la mère :

Dans la famille du père :

Veuillez décrire, s'il y a lieu, les changements observés chez la jeune ou le jeune

◯ Comportement	◯ Alimentation	◯ Niveau d'énergie	◯ Tension musculaire
◯ Humeur	◯ Activité physique	◯ Habitudes de sommeil	◯ Poids
◯ Autres (préciser) :			

Profil développemental

Âge du père à la naissance de l'enfant :	Âge de la mère à la naissance de l'enfant :
La grossesse était-elle planifiée?	La mère a-t-elle reçu des soins prénataux?
La mère a-t-elle vécu des difficultés durant la grossesse?	

Consommation de drogues durant la grossesse?	Type :	Quantité :
Consommation d'alcool durant la grossesse?	Quantité :	Fréquence :
La mère fumait-elle durant sa grossesse?	Quantité :	
Y a-t-il des antécédents d'épilepsie dans la famille?		

Identifier les facteurs de stress vécus par les parents au cours des trois premières années de vie de la jeune ou du jeune

◯ Dépression	◯ Difficultés financières	◯ Maladie
◯ Perte d'emploi	◯ Perte d'un proche	◯ Problèmes d'hébergement
◯ Séparation	◯ Violence familiale	◯ Autres (préciser) :

Durant les trois premières années de vie de la jeune ou du jeune

Qui s'est occupé de l'enfant?

Humeur de l'enfant :

Développement physique de l'enfant :

À quel âge l'enfant a-t-il commencé à : marcher : parler : utiliser la toilette :

Problèmes liés à l'apprentissage de la propreté :

Problèmes de développement moteur durant cette période (courir, sauter, grimper, etc.)?

Problèmes de langage durant cette période?

Entre l'âge de trois et cinq ans

Développement social (capacité à jouer avec des enfants de son âge, présence d'amis, etc.) :

Développement du langage (longueur des phrases, compréhension par l'entourage, variété du vocabulaire, prononciation, etc.) :

Développement cognitif durant cette période (dans la moyenne, plus lent ou plus rapide que les autres jeunes du même âge) :

Développement moteur (capacité à se balancer seul, à attraper un ballon, etc.) :

Tempérament de l'enfant (calme, crises fréquentes, facilité à être réconforté, sociabilité, timidité, etc.) :

Durant les cinq premières années de sa vie

L'enfant a-t-il souffert d'une maladie grave?

L'enfant a-t-il subi un traumatisme crânien?

L'enfant a-t-il subi d'autres blessures?

L'enfant a-t-il été hospitalisé? Si oui, combien de fois?

À quel âge et pour quelle raison?

Renseignements sur la santé de la cliente ou du client

Médecin de famille :	Tél. :	
Psychiatre :	Tél. :	
Pédiatre :	Tél. :	
Psychologue :	Tél. :	
Autre (préciser) :	Tél. :	
Date du dernier examen : médical :	dentaire :	de la vue :
État de santé :	taille :	poids :
Allergies ou problèmes physiques :		
Restrictions alimentaires :		
Médicament(s) actuel(s) :		
Diagnostic actuel (préciser) :		

Veuillez indiquer toute autre évaluation réalisée auprès de la jeune ou du jeune (ergothérapie, psychologie, etc.) et fournir les coordonnées de la personne-ressource pour l'obtention des résultats.

Vous devez fournir à l'Unité provinciale de Psychiatrie Légale et Tertiaire pour jeunes tous les renseignements, documents et rapports pertinents au dossier de la jeune ou du jeune. Si vous n'êtes pas en possession de ces renseignements, documents ou rapports, veuillez vous assurer que les organismes qui les détiennent sont ajoutés au formulaire de consentement signé par la tutrice, le tuteur ou la personne légalement autorisée à consentir.