

TSA

AUTORISATION MULTIDIRECTIONNELLE

Formulaire de communication entre les partenaires impliqués

Guide d'utilisation du formulaire d'autorisation

Pour être en mesure d'envoyer la demande de dépistage TSA et les documents pertinents à votre analyse, vous devez demander aux parents de compléter cette autorisation de communication entre les partenaires. La qualité de vos informations et de la rédaction (lisibilité) contribueront grandement au traitement du dossier. SVP écrire en lettres moulées

Madame, Monsieur,

Afin d'aider le plus possible votre enfant face à ses difficultés et d'intervenir de façon adéquate, il est essentiel d'avoir recours à une évaluation interdisciplinaire, c'est-à-dire d'obtenir l'opinion de plusieurs types d'intervenants. Cette concertation entre différents intervenants permettra de bien comprendre la situation et de mieux répondre aux besoins.

Nous avons donc besoin de votre collaboration afin d'autoriser les intervenants concernés à procéder à leur évaluation respective et à échanger de l'information clinique pertinente. Il est entendu que cette démarche se fera dans le respect de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels de même que dans le respect du code de déontologie des intervenants concernés.

A IDENTIFICATION DE L'ENFANT		
Nom :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse :		
Téléphone :	Autre téléphone :	
Date de naissance :	Âge :	
École:	Niveau :	Spécifiez le type de classe :

B AUTORISATION DU JEUNE, DES PARENTS OU TUTEURS

J'autorise _____ à amorcer la démarche d'évaluation interdisciplinaire et à accorder le suivi nécessaire à mon enfant.

J'autorise aussi : Le CSSS (préciser svp) _____
 Le Centre jeunesse Estrie _____
 La commission scolaire (préciser svp) _____
 Le CHUS _____
 Le milieu de garde (préciser svp) _____
 Autre établissement ou professionnel _____
 Autre établissement ou professionnel _____

à procéder à leur évaluation respective et à s'échanger l'information nécessaire pour poser un diagnostic exact et planifier la meilleure intervention possible.

Signature du jeune de 14 ans et plus Date

Signature du médecin ou intervenant Date
(initiateur de la démarche d'évaluation)

Signature des parents ou tuteurs Date

Nom de l'initiateur en lettre moulée Téléphone

Nom du GMF ou de l'établissement Télécopieur

Cette autorisation est valable pour une période d'un an à compter de la date de la signature de ce document.