



FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONSULTATION – SOUTIEN / INTERVENTION

Centre d'excellence en trouble du spectre de l'alcoolisation foetale (TSAF) du N.-B.

Nom :
DDN:
Ass. maladie :

Date de réception : _____
aaaa-mm-jj

Renseignements sur l'enfant/adolescent/adulte

Nom de la personne : _____ Sexe : Féminin Masculin

Adresse (si différent que le tuteur légal) : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Date de naissance : Mois _____ Jour _____ Année _____ Âge : _____

N° d'assurance-maladie : _____ Date d'expiration de la carte : _____

Nom du tuteur légal : _____

Lien avec l'enfant/adolescent/adulte : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____

Langue de choix : _____ Français _____ Anglais _____ Autre : _____

1. Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic de TSAF? _____ Oui _____ Non

Si oui, par qui? _____

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONSULTATION – SOUTIEN / INTERVENTION

Centre d'excellence en trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) du N.-B.

Nom :
DDN:
Ass. maladie :

2. Votre enfant a-t-il reçu une liste de recommandations à la suite de son diagnostic de TSAF?

___ Oui ___ Non (*Si oui, est-ce possible de fournir une copie avec cette demande de consultation?*)

3. Votre enfant a-t-il d'autres diagnostics et/ou problèmes médicaux importants?

4. Votre enfant a-t-il été évalué par...

| | Nom du professionnel | Date de l'évaluation |
|---------------------------|----------------------|----------------------|
| Psychologue ou psychiatre | | |
| Ergothérapeute | | |
| Orthophoniste | | |

5. Veuillez indiquer le type de service/de soutien/d'enseignement que vous aimeriez recevoir du Centre d'excellence à ce moment-ci.

6. Est-ce qu'il y a un service de soutien en place pour votre enfant à l'école?

7. Est-ce qu'il y a un service de soutien en place pour votre enfant en dehors de l'école (organismes communautaires, financiers, etc.)?

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONSULTATION – SOUTIEN / INTERVENTION

Centre d'excellence en trouble du spectre de l'alcoolisation foetale (TSAF) du N.-B.

Nom :
DDN:
Ass. maladie :

8. Quelle est la situation familiale actuelle de votre enfant?

9. Veuillez indiquer les points forts de votre enfant :

10. Veuillez indiquer les défis de votre enfant :

11. Afin de mieux vous servir, votre enfant et vous, veuillez préciser.

| Difficulté de comportement ou d'apprentissage | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| Agit plus jeune que son âge? | | |
| Incapacité de se concentrer/manque d'attention? | | |
| Incapable de suivre les directives à la maison ou à l'école? | | |
| Culpabilité après s'être mal conduit? | | |
| Impulsif/agit sans penser? | | |
| Mensonges à la maison et à l'extérieur de la maison? | | |
| Manque de concentration? | | |
| Difficulté à s'organiser? | | |
| Difficulté à commencer une nouvelle tâche? | | |
| Difficulté avec les transitions? | | |
| Troubles de la parole et/ou du langage? | | |
| Difficultés d'apprentissage? | | |
| Difficultés de sommeil? | | |
| Difficultés de coordination ou de motricité? | | |
| Manque d'habiletés sociales? | | |



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE
CONSULTATION – SOUTIEN / INTERVENTION**

Centre d'excellence en trouble du spectre de
l'alcoolisation fœtale (TSAF) du N.-B.

Nom :
DDN:
Ass. maladie :

Veillez remplir le consentement A ou B.

- A.** Je consens à ce que mon enfant soit orienté vers le Centre d'excellence en trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) du Nouveau-Brunswick pour une évaluation diagnostique par une équipe multidisciplinaire à Moncton, au Nouveau-Brunswick.

Signature du parent/tuteur légal

Date (aaaa-mm-jj)

- B.** Je consens à être orienté vers le Centre d'excellence en trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) du Nouveau-Brunswick pour une évaluation diagnostique par une équipe multidisciplinaire à Moncton, au Nouveau-Brunswick.

Signature du client de 16 ans et plus

Date (aaaa-mm-jj)

Envoyez à l'adresse suivante :

Centre d'excellence TSAF du N.-B
Réseau de santé Vitalité
667, rue Champlain, pièce 105A
Dieppe (N.-B) E1A 1P6
Téléphone : 506-862-3783 • Télécopieur : 506-869-2147

Pour des raisons de confidentialité, toujours utiliser une page couverture de télécopieur.