



RÉRÉRENCE- DEMANDE DE CONSULTATION

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

Nom :

DDN:

Ass. maladie :

Date de réception : _____
aaaa-mm-jj

Renseignements sur l'enfant/adolescent

Nom de l'enfant : _____ Fille Garçon

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

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

Source de la demande de consultation

Nom de la personne qui fait la demande : _____

Organisme : _____

Lien avec l'enfant : _____

Téléphone : _____

Faites-vous un auto-aiguillage (« self referral »)? Oui Non

Renseignements sur la famille

Nom du tuteur légal de l'enfant : _____

Est-ce que l'enfant est adopté? Oui Non

Si oui, nom de l'enfant avant l'adoption (si différent) : _____

Adresse du tuteur légal : _____

Ville/province : _____ Code postal : _____

Téléphone (M) _____ (T) _____ (Cellulaire) _____

Date de naissance de la mère adoptive : _____

Date de naissance du père adoptif : _____

Nom de la mère biologique (si connue): _____

Nom du père biologique (si connu): _____

Nom du parent nourricier : _____

RÉRÉRENCE- DEMANDE DE CONSULTATION

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

Nom :

DDN:

Ass. maladie :

1. Pourquoi demandez-vous une évaluation à ce moment-ci?

2. Est-ce qu'il y a des problèmes précis qui vous incitent à croire que l'enfant est atteint de TSAF?

3. Énumérez les évaluations que votre enfant a subies (p. ex. évaluation scolaire, évaluation psychologique, évaluation en orthophonie, évaluation en santé mentale, évaluation judiciaire) :

Type d'évaluation	Nom du professionnel qui a fait l'évaluation	Date de l'évaluation

4. Autres professionnels ou organismes travaillant avec la famille :

RÉRÉRENCE- DEMANDE DE CONSULTATION

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

Nom :

DDN:

Ass. maladie :

5. Savez-vous s'il y a eu exposition prénatale à des substances?

Alcool : Exposition confirmée

Médicaments prescrits/drogues : Exposition confirmée

Exposition soupçonnée

Exposition soupçonnée

6. Veuillez expliquer en détail la consommation d'alcool prénatale si possible (*quantité* d'alcool par occasion, *type* d'alcool, *période* de la consommation pendant la grossesse) :

7. Veuillez donner des précisions en ce qui concerne les difficultés mentionnées ci-dessous.

Difficultés 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 ou du langage?		
Difficulté d'apprentissage?		
Difficulté avec le sommeil?		
Difficulté de coordination ou de motricité?		
Manque d'habiletés sociales?		

RÉRÉRENCE- DEMANDE DE CONSULTATION

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.