



VALLÉE
JEUNESSE
OUTAOUAIS

Projet Écho
Demande de services

Présentez votre demande à :

L'équipe Écho
111, rue de Carillon
Gatineau, Qc
J8X 2P8

Téléphone : 819-778-8550 poste 107.
Télécopieur : 819-778-0754

Courriel : echo@valleejeunesse.ca

En plus des critères ci-bas, voici une grille indiquant des éléments préalables afin de vous guider pour assurer que votre demande de service répond au besoin du jeune et de sa famille. Si vous cochez fait pour l'entièreté des critères et des éléments préalables, nous vous invitons à faire une référence pour le service familial d'écho.

ÉLÉMENTS PRÉALABLES	FAITS √
J'ai consulté le service en activité clinique (SAC), afin d'évaluer la possibilité d'une demande de service au projet Écho.	
Je suis un professionnel travaillant au sein du CISSSO.	
J'ai concerté tous les organismes communautaires qui seraient bénéfiques au mieux-être de la famille et du jeune.	
Le jeune vit d'abord des problématiques dans son milieu familial, en plus des autres sphères comme l'école, la garderie et son milieu communautaire.	
En tant que personne référente pour le jeune, je peux assurer un engagement tout au long de l'implication du projet écho, c'est-à-dire, participation avec l'équipe écho pour une co-recherche active d'idées et d'expérimentation des pistes d'actions (9mois à 1 an).	

Critères d'intervention :

Le projet Écho offre des services à des jeunes, garçons et filles, âgés de 4 à 18 ans, à leur famille ainsi qu'à leur entourage. Ces jeunes présentent minimalement une double problématique qu'elle soit comportementale, de santé mentale, au niveau d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement pour laquelle la complexité des manifestations comportementales ainsi que leur récurrence nuisent à leur intégration et à leur participation sociale particulièrement dans le milieu scolaire et familiale.

Critère 1 :

Au moins deux services du CISSSO sont mobilisés par la situation du jeune.

Critère 2 :

La situation a fait l'objet d'une analyse conjointe des besoins et d'actions concertées entre les différents services, la famille et le jeune, afin de remédier à la situation; les services, les actions et les interventions réalisées à l'intérieur d'une démarche de Plan de services individualisé (PSI) n'ont répondu que partiellement aux besoins complexes identifiés. La situation d'exclusion sociale, scolaire, communautaire et familiale persiste;

Critère 3:

La famille, le jeune et les intervenants s'engagent à participer activement au processus dynamique de la démarche de déploiement du projet Écho pour la situation référée. Cet engagement, dans une perspective de respect des potentialités de chacun, d'ouverture et de co-recherche, vise une compréhension différente de la situation et l'expérimentation de pistes d'actions.

Documents complémentaires si disponibles :

- Évaluation psychosociale
- Évaluation scolaire
- Évaluation neuropsychologique
- Évaluation neurologique
- Histoire sociale
- Autre : _____

Chaque problématique se doit d'être documentée par une évaluation ou un rapport qui précise le diagnostic, les observations cliniques qui permettent de déterminer si la personne référée correspond à nos critères d'intervention.

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	Âge : _____
Numéro d'assurance-maladie : _____	
Adresse de résidence : _____ _____	
Téléphone de la résidence : _____	
Numéro de téléphone en cas d'urgence : _____	
Nom de la mère : _____	
Adresse de la mère : _____ _____	
Téléphone : _____	
Nom du père : _____	
Adresse du père : _____ _____	
Téléphone : _____	
Détenteur de la garde légale : _____	
Identification de la fratrie (Nom, âge et milieu de vie) : _____ _____	

COORDONNÉE RÉFÉRENT

Nom du référent : _____

Fonction du référent : _____

Organisme / Établissement : _____

Coordonnées de l'établissement :

Téléphone : _____

Nom du gestionnaire : _____

Coordonnées : _____

Spécialiste en activité clinique : _____

Coordonnées : _____

IMPLICATION

Organisme : _____

Intervenant : _____ Tél.: _____

Organisme : _____

Intervenant : _____ Tél.: _____

Organisme : _____

Intervenant : _____ Tél.: _____

GARDERIE / SCOLARITÉ / OCCUPATION

Dernier établissement fréquenté : _____

Niveau scolaire : _____

Commentaires : _____

MOTIFS DE LA RÉFÉRENCE

ATTENTES DU RÉFÉRENT

ÉVALUATION

L'enfant a-t-il été évalué à l'aide d'un test d'intelligence général standardisé?

oui ___ non ___ Date de la dernière évaluation ___/___/___

Joindre ce test à la demande de services s'il y a lieu.

NIVEAU DE FONCTIONNEMENT INTELLECTUEL

La personne présente-t-elle une déficience intellectuelle?

___ oui ___ non Date de la dernière évaluation ___/___/___

___ légère ___ modérée ___ profonde ___ sévère

DIAGNOSTIC OU SYNDROME ASSOCIÉ

Date de la dernière évaluation ___/___/___

Joindre le rapport du test à la demande de services.

DIFFICULTÉS COMPORTEMENTALES

La personne présente-t-elle des troubles significatifs du comportement?

___ oui ___ non Si oui, préciser (nature, fréquence, gravité...) :

COMMENTAIRES GÉNÉRALES DU RÉFÉRENT
