Fiche de présentation 0-5 ans

Agir ensemble

Pour la sécurité des jeunes et de leur famille

Message important

La signature des deux parents ainsi qu'un formulaire d'autorisation à communiquer des renseignements est OBLIGATOIRE pour le traitement de votre demande.

Nous vous invitons à valider la pertinence de votre démarche auprès d'une personne-ressource.

- **Si vous êtes intervenant dans un organisme communautaire :** veuillez informer votre collègue responsable en lien avec le programme *Agir ensemble* avant de soumettre votre demande.
- **Si vous êtes intervenant du CIUSSS MCQ :** veuillez consulter votre SAC ou votre coordonnateur clinique avant de transmettre la demande.
- **Si vous êtes intervenant du milieu scolaire :** veuillez-vous référer à un membre de l'équipe du SREJ avant de procéder à l'envoi.

Cette étape vise à optimiser le traitement de vos demandes et à mieux répondre aux besoins identifiés.

Merci de votre support et de votre implication auprès des jeunes et de leur famille.

De toute l'équipe d'Agir ensemble.

Fiche de présentation 0-5 ans

Identification du jeune	Cotation
Nom, prénom du jeune :	
Date de naissance :	
Nom, prénom de la mère :	
Téléphone :	
Nom, prénom du père :	
Téléphone :	

Nom du référent : Adresse courriel :

Organisation référente

Parent informé (veuillez cocher) : Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre (précisez)

Autorisation signée du parent et/ou du jeune : Oui ☐ Non ☐

Informations générales Besoin d'un interprète : ☐

Langue parlée : Français ☐ Anglais ☐ Autre (précisez)

Milieu de vie : Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre (précisez)

Attributs parentaux : Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre (précisez)

Fratrie (Nom et âge) :

Statut d'immigration : Date d'arrivée :

Dans cette section, veuillez indiquer toutes les informations sur la situation du jeune.

Informations sur le jeune
Âge :
Identité de genre :
Milieu de garde/scolaire :
Diagnostic :
Hypothèse/diagnostic :
Médication :
Difficultés présentes au quotidien (Précisez au besoin) Sommeil : Langage : Motricité fine : Motricité globale : Socialisation : Alimentation : Apprentissage/Propreté : Rigidité(s) importante(s) : Gestion des émotions : Autres :

Description de la situation et des enjeux :

Veuillez cocher les éléments qui sont présents dans la VIE du jeune					
☐	Difficulté d'attention/concentration	☐	Dévalorisation	☐	Problématique sexuelle
☐	Agressivité/impulsivité	☐	Comportement destructif	☐	Se met ou met les autres en danger
☐	Difficulté d'apprentissage	☐	Difficulté de comportement	☐	Fugue/fuite
☐	Risque de bris de lien : famille ou social	☐	Automutilation	☐	Intimidé
☐	Agitation	☐	Subi de la violence conjugale	☐	Intimidateur
☐	Autre :				

Veuillez cocher les facteurs de risque qui sont présents dans l'ENVIRONNEMENT du jeune					
Cotation :					
☐	Condition environnementale non connue			☐	Autres :
☐	Problématique du milieu de vie	☐	Isolement social	☐	Déménagement
☐	Présence de conflits multiples	☐	Réseau social existant, mais peu présent ou problématique		

Veuillez cocher les facteurs de risque qui sont présents dans la FAMILLE du jeune					
Cotation :					
☐	Garde exclusive à un seul parent (monoparentale) :	☐	Famille recomposée :	☐	Nouveau bébé
☐	Nouveau conjoint	☐	Présences de conflits familiaux majeurs	☐	Conflit de séparation
☐	Séparation conjugale	☐	Violence conjugale	☐	Violence
☐	Difficulté dans les capacités parentales	☐	Épuisement parental/familial	☐	Instabilité relationnelle
☐	Pratiques éducatives parentales inadéquates ou déficitaires	☐	Maladie/hospitalisation	☐	Présence de détresse psychologique
☐	Risque de bris de liens (scolaire, famille, social)	☐	Précarité financière/pauvreté	☐	Décès/deuil
☐	Présence de consommation dans le milieu	☐	Implication de la protection de la jeunesse par le passé ou active	☐	Présence de diagnostic de santé mentale ou d'hypothèse dans le milieu
☐	Statut d'immigration :			☐	Condition familiale non connue :
☐	Autre :				

Réservé à la Protection de la Jeunesse (étape EO et AM)

Alinéas retenus :
Cadre Légal :
Début/Fin mesure :
Situation souhaitée par la demande de concertation clinique
*Veuillez préciser les besoins de la famille ou du jeune :

Veuillez indiquer les partenaires au dossier du jeune ainsi que le nom de l'intervenant

Si les parents ou le jeune souhaitent qu'un partenaire se retire du projet AGIR Ensemble, veuillez-nous en avisez dans les meilleurs délais.

Organismes AU DOSSIER DU JEUNE OU DE LA FAMILLE					
	Organismes	**Nom de l'intervenant**		**Organismes**	**Nom de l'intervenant**
☐	Maison de la famille Drummond inc		☐	APPAMM Drummond	
☐	Autisme Centre-du-Québec		☐	Action toxicomanie	
☐	CAVAC		☐	DPJ	
☐	Le Rendez-Vous Familial		☐	Intro Drummondville	
☐	École / Garderie :		☐	La Parenthèse	
☐	APEHD		☐	CPE :	
☐	CPSC - Les Petits Bonheurs		☐	Équipe Psychosociaux généraux	
☐	Centre de ressources pour hommes Drummond		☐	L'Envolée des mères	
☐	La Rose des Vents de Drummond		☐	Équipe Dépendance	
☐	CLSC Jeunes en difficultés 0-18		☐	Équipe Santé mentale Adulte	
☐	Équipe DI-TSA-DP		☐	Trans-Mauricie/Centre-du-Québec	
☐	Équipe Santé mentale jeunesse		☐	Médecin / pédopsychiatre / pédiatre	
☐	CJE		☐	Emphase MCQ	
☐	CALACS		☐	La Piaule :	
☐	RAFT		☐	Autre (précisez) :	
Identifier la personne la plus significative pour le parent ou pour le jeune :					

Complété par *(en lettres moulées)* :	Date :
Signature :	Date :
Signature du jeune (14 ans et +) :	Date :
Signature de la mère :	Date :
Signature du père :	Date :

Vous pouvez faire parvenir votre fiche de référence à l'adresse courriel ci-dessous lorsque celle-ci sera validée par la personne-ressource de votre secteur afin de débuter le traitement de votre demande :
agirensemble@maisonfamilledrummond.org

SECTION RÉSERVÉE AU COMITÉ CLINIQUE	
Date de réception de la demande	
Date de présentation du dossier	
Conclusion clinique	
Date du PSIIF	
Personne-Pivot	
Partenaires à contacter pour le PSIIF	
Besoin en interprétariat (précisez la langue)	
Échéancier et tâches à faire	

Mise à jour faite le 2025-11-18