



Nom: _____

Mère: _____

Père: _____

RAMQ: _____

Adresse: _____

DNA: _____

Sexe: _____

Exp: _____

Âge: _____

Médecin de famille

Fiche d'inscription à la plateforme de dépistage - Agir tôt

Date de référence : 20____/____/____

Secteur : _____

NOM, prénom de l'enfant : _____

Numéro de dossier ICLSC : _____ NAM : _____

Naissance multiple OUI NON Prématuré OUI NON Nb de semaine(s) de prématurité : _____

Référence vaccination 18 mois

NOM, prénom du référent : _____

Numéro de téléphone du référent : _____

Motif de référence pour la plateforme / inquiétudes observées : _____

Intervenant au dossier OUI NON

NOM, prénom de l'intervenant : _____

Numéro de téléphone de l'intervenant : _____

NOM, prénom du parent / répondant : _____

Lien avec l'enfant : _____

Numéro de téléphone du parent / répondant : _____

Adresse courriel du parent / répondant : _____

Besoin d'accompagnement pour remplir les questionnaires

Nom du référent : _____ Numéro de permis (s'il y a lieu) : _____

Date : 20____/____/____
Année Mois Jour

Faire parvenir par télécopieur au **819 732-1429**

ou par courriel au 08.ciSSat.info.agir.tot@ssss.gouv.qc.ca

Nous joindre : **1 833 602-AGIR (2447)**