

Date:

Demande urgente/*Urgent request*

Nom de la personne référée/*name of person referred:*

Référée pour/*referred for:*

Évaluation/*assessment*

Intervention

- Trouble attention/*attention difficulties*
- Impulsivité-hyperactivité/*impulsivity-hyperactivity*
- Difficultés en lecture-écriture/*reading-writing difficulties*
- Difficultés en mathématique/*math difficulties*
- QI/IQ
- Douance/*giftedness*
- Dérogation scolaire/*school derogation*

- Difficultés motrices/*motor difficulties*
- Anxiété-dépression/*anxiety-depression*
- Trouble de comportement/*behavioral problems*
- Opposition
- Tics
- TOC/OCD
- Difficultés sociales/*social difficulties*

Autres informations pertinentes/*other relevant information:*

DEMANDE DE SUIVI/*follow-up*

Si le client/patient y consent, le professionnel réfèrent aimerait recevoir/

If the client/patient consents, the professional making the referral would like to receive:

- un résumé de l'évaluation clinique/*a summary of the clinical assessment*
- Recommandations/*recommendations*

Nom de la personne faisant la référence/
Name of person making the referral

Signature

Titre de la personne faisant la référence
Title of person making the referral

Institution, # tél./ *Institution, telephone #*

**Les services psychologiques Médipsy, 4610 Ste. Catherine O., Westmount,
H3Z 1S3, Québec - info@medipsy.ca - www.medipsy.ca**

T: 514-419-3005 - F: 514-507-2009