|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9500, boulevard du Centre-Hospitalier**  **Lévis (Québec) G6X 0A1**  **Téléphone : 418 761-2737**  **Sans frais : 1 855 256-2737**  **Télécopieur : 418 380-2095**  **Courriel : guichet.di-tsa-dp-ca@ssss.gouv.qc.ca** | | | | | | | | **coordonnées du client**  (imprimer lisiblement SVP) | | | | | | | |
| **Nature de l’accident :** | | |  | Accident de la route | | | |  | | Accident de travail | | |  | | Autre |
| **Date de l'accident :** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Référent :** |  | HDL | | | |  | CHUQ | |  | | Beauce |  | | Alphonse-Desjardins | |
|  |  | Les Etchemins | | | |  | Montmagny-L’Islet | |  | | Thetford |  | | Autre : | |
| **Détermination du diagnostic de TCC léger** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TCC léger?** |  | NON | | | Congé | | | | | | | | | | |
|  | **OUI** | | | * Remise du feuillet d’information * Référence à la Direction du programme déficience intellectuelle-trouble du spectre de l’autisme et déficience physique (DI-TSA et DP) | | | | | | | | | | |
| **Documents à joindre à la demande de dépistage :**  Rapport d’intervention préhospitalière du technicien ambulancier  Évaluation au triage  Notes d’évaluation à l’urgence  Évaluation initiale du polytraumatisé  Rapports TDM/radiologie, consultations auprès de spécialistes, etc. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autre diagnostic :  Commentaires : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Le client (ou son représentant légal) est informé de la demande et autorise la transmission d’information :  Oui  **Signature du client ou de son représentant légal** :  Date :  **Signature du référent :** Date : | | | | | | | | | | | | | | | |

**Envoyer par télécopieur dans les 48 heures suivant l’accident, au 418 380-2095**

Mis à jour : 6 octobre 2016

Envoyer par télécopieur dans les 48 heures suivant l’accident, au 418 380-2095