

Child/Youth/Client User Information Renseignements sur l'enfant / le jeune / le client		
Child/Youth/Client Name Nom de l'enfant / le jeune / le client Click or tap here to enter text.		Gender/Genre <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm/jj/aaaa) Click or tap to enter a date.	MPC Health Care Card Number Numéro de carte d'assurance-maladie des MCP Click or tap here to enter text.	
Parent / Legal Guardian Name (if applicable) Nom du parent ou du tuteur légal (le cas échéant) Click or tap here to enter text.		Preferred Language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French Langue de préférence Anglais Français
Email Address Adresse de courriel Click or tap here to enter text.	Cell Phone Number N° de tél. cellulaire Click or tap here to enter text.	Home Phone Number N° de tél. à la maison Click or tap here to enter text.
<b>Mailing Address</b> (must be provided) Apt, Street Number and Name, P.O. Box <b>Adresse postale</b> (obligatoire) Numéro et rue, appartement, boîte postale Click or tap here to enter text.		
City/Town/Village Ville, collectivité ou village Click or tap here to enter text.	Province/Territory Province ou territoire Click or tap here to enter text.	Postal Code Code Postal Click or tap here to enter text.
Referral Source Information Renseignements sur la source de la recommandation		
Referral Source Name & Title Nom et titre de la source de la recommandation Click or tap here to enter text.		
Health Region Régie de la santé		
<b>Check one</b> <b>Cocher une réponse</b>	<input type="checkbox"/> Mental Health and Addictions Santé mentale et lutte contre la toxicomanie <input type="checkbox"/> School-Teacher/Guidance Counsellor École - enseignant/conseiller en orientation <input type="checkbox"/> Child Youth Family Services Services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille <input type="checkbox"/> Nurse Infirmière <input type="checkbox"/> Physician Médecin <input type="checkbox"/> Psychologist Psychologue <input type="checkbox"/> Other Autre	<b>Health Region</b> <input type="checkbox"/> Eastern Est <b>Régie de la santé</b> <input type="checkbox"/> Central Centre <input type="checkbox"/> Western Ouest <input type="checkbox"/> Labrador-Grenfell Labrador-Grenfell
Phone number N° de tél. Click or tap here to enter text.	Email Address Adresse de courriel Click or tap here to enter text.	
<b>Mailing Address</b> (must be provided) Apt, Street Number and Name, P.O. Box <b>Adresse postale</b> (obligatoire) Numéro et rue, appartement, boîte postale Click or tap here to enter text.		
City/Town/Village Ville, collectivité ou village Click or tap here to enter text.	Province/Territory Province ou territoire Click or tap here to enter text.	Postal Code Code postal Click or tap here to enter text.
Main Presenting Concern Préoccupation principale énoncée		
<input type="checkbox"/> Behaviour (3-12 yrs) <input type="checkbox"/> Anxiety (6-17 yrs) <input type="checkbox"/> Night time bed wetting (5-12 yrs) <input type="checkbox"/> ICAN (18+) <i>Comportement (3 à 12 ans) Anxiété (6 à 17 ans) Énurésie nocturne (5 à 12 ans) Programme ICAN (à partir de 18 ans)</i>		
Additional information about the family Renseignements complémentaires sur la famille		
<input type="checkbox"/> Military Family <input type="checkbox"/> Family/custody concerns Préoccupations relatives à la famille ou à la garde <input type="checkbox"/> Other Autre <i>Famille de militaires Click or tap here to enter text. Click or tap here to enter text.</i>		
Criteria/Critères	SEND Envoyer	DO NOT Send NE PAS envoyer
Behaviour Program (ages 3-12) Programme sur le comportement (3 à 12 ans) Anxiety Program (ages 6-17) Programme sur l'anxiété (6 à 17 ans) Night time Bedwetting (ages 5-12) Énurésie nocturne (5 à 12 ans)	✓	
Significant symptoms ≥ 6 months Symptômes significatifs ≥ 6 mois <u>AND AINSI QUE</u> Significant impairment (child/youth or parent/family) Déficience importante (Enfant/jeune ou parent/famille)	✓	
Can commit to weekly phone sessions over the next 4-5 months Possibilité de s'engager à des séances téléphoniques hebdomadaires au cours des 4 à 5 prochains mois	✓	
Active psychosis or primary depression Psychose active ou dépression primaire		✗
Imminent risk of harm to self/others and/or active suicidal thoughts Risque imminent d'atteinte à l'intégrité physique personnelle ou d'autrui ou pensées suicidaires constantes		✗
Past suicide attempt(s) Tentative(s) de suicide antérieure(s)		✗
Substance use (causing significant impairment) Consommation de stupéfiants (susceptibles d'occasionner une déficience importante)		✗

Some exceptions may be applicable. You can communicate any referral questions to Naomi LeBlanc, Evaluation and Bilingual Services Manager ([nleblanc@strongestfamilies.com](mailto:nleblanc@strongestfamilies.com)). Children who are at imminent risk or have significant cognitive impairment would not fit SFI's entrance criteria. Il peut y avoir quelques exceptions. Vous pouvez communiquer toute question sur l'aiguillage à Naomi LeBlanc, gestionnaire des services bilingues et de l'évaluation ([nleblanc@strongestfamilies.com](mailto:nleblanc@strongestfamilies.com)). Les enfants très vulnérables ou qui souffrent d'une déficience cognitive importante ne remplissent pas les critères d'admission du ISF.