

Client Information <i>Informations client'</i>		
Client Name Nom du client		Preferred Language Langue de préférence <input type="checkbox"/> English Anglais <input type="checkbox"/> French Français
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm/jj/aaaa)		Email Address Adresse de courriel
Gender Genre <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X		Cell Phone Number N° de tél. cellulaire
Parent / Legal Guardian Name (if applicable) Nom du parent ou du tuteur légal (le cas échéant)		Home Phone Number N° de tél. à la maison
Mailing Address (must be provided) Apt, Street Number and Name, P.O. Box Adresse postale (obligatoire) Numéro et rue, appartement, boîte postale		
City/Town/Village Ville Collectivité ou village	Province/Territory Province ou territoire	Postal Code Code Postal
Referral Source Information Renseignements sur la source de la recommandation		
Referral Source Name & Title Nom et titre de la source de la recommandation		
Region Régie • Check One Cocher une réponse		
<input type="checkbox"/> Mental Health and Addictions Santé mental et lutte contre la toxicomanie <input type="checkbox"/> School-Teacher/Guidance Counsellor École - enseignant/consellier 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"/> Psychologist Psychologue <input type="checkbox"/> Physician Médecin <input type="checkbox"/> Other Autre		Health Region Régie de la santé <input type="checkbox"/> Eastern Est <input type="checkbox"/> Central Centre <input type="checkbox"/> Western Ouest <input type="checkbox"/> Labrador-Grenfell Labrador-Grenfell
Phone number N° de tél		Email Address Adresse de courriel
Mailing Address (must be provided) Apt, Street Number and Name, P.O. Box Adresse postale (obligatoire) Numéro et rue, appartement, boîte postale		
City/Town/Village Ville Collectivité ou village	Province/Territory Province ou territoire	Postal Code Code Postal
Main Presenting Concern <i>Préoccupation principale énoncée</i>		
<input type="checkbox"/> Behaviour (3-12 yrs) Comportement (3 à 12 ans) <small>*Up to 14 yrs for Parents Empowering Neurodivergent Kids and/or developmental delays *Le programme « Outils nos enfants neurodivergents » est conçu pour les parents d'enfants de 14 ans et moins</small>		<input type="checkbox"/> Adult Anxiety (18+ yrs) Anxiété Adulte (18+ ans) <input type="checkbox"/> Anxiety (6-17 yrs) Anxiété (6 à 17 ans)
		<input type="checkbox"/> Nighttime bedwetting (5-12 yrs) Énurésie nocturne (5 à 12 ans)
Additional information about the family <i>Renseignements complémentaires sur la famille</i>		
<input type="checkbox"/> Military Family Famille de militaires <input type="checkbox"/> Family/custody concerns Préoccupations relatives à la famille ou à la garde		<input type="checkbox"/> Other (ex/ diagnosis):
Criteria <i>Critères</i>	SEND Envoyer	DO NOT Send NE PAS envoyer
Behaviour Program (ages 3-12) Programme sur le comportement (3 à 12 ans) <small>*Up to 14 yrs for Parents Empowering Neurodivergent Kids and/or developmental delays *Le programme « Outils nos enfants neurodivergents » est conçu pour les parents d'enfants de 14 ans et moins</small>		
Anxiety Program (ages 6-17) Programme sur l'anxiété (6 à 17 ans)	✓	
Adult Anxiety Program (ages 18+) Programme sur l'anxiété adulte (18+ ans)		
Night time Bedwetting (ages 5-12) Énurésie nocturne (5 à 12 ans)		
Can commit to weekly phone sessions over the next 2-4 months (program dependant) Possibilité de s'engager à des séances téléphoniques hebdomadaires au cours des 2 à 4 prochains mois (dépendant du programme)	✓	
Active psychosis Psychose active		✗
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)		✗