

**Client Information Informations client'**

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			
Mental Health and Addictions or Physician   Santé mentale et lutte contre la toxicomanie			
<input type="checkbox"/> Northern RHA   Santé de région du Nord	<input type="checkbox"/> MATC Centre de traitement des adolescents du Manitoba		
<input type="checkbox"/> Interlake-Eastern   RHA Office régional de la santé de Interlake-Est	<input type="checkbox"/> CCATS, ADHD, ECC		
<input type="checkbox"/> Southern Health   Santé Sud	<input type="checkbox"/> CI		
<input type="checkbox"/> Prairie Mountain Health   Santé Prairie Mountain	<input type="checkbox"/> School Divisions   Divisions Scolaires		
<input type="checkbox"/> Winnipeg RHA   Office régional de la santé de Winnipeg			
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 Préoccupation principale énoncée**

<input type="checkbox"/> Behaviour (3-12 yrs)   Comportement (3 à 12 ans)	<input type="checkbox"/> Adult Anxiety (18+ yrs) Anxiété Adulte (18+ ans)	<input type="checkbox"/> Anxiety (6-17 yrs) Anxiété (6 à 17 ans)
*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		
<input type="checkbox"/> Nighttime bedwetting (5-12 yrs) Énurésie nocturne (5 à 12 ans)		

**Additional information about the family Renseignements complémentaires sur la famille**

<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 Critères	SEND Envoyer	DO NOT Send NE PAS envoyer
Behaviour Program (ages 3-12)   Programme sur le comportement (3 à 12 ans) *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		
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)		✗