|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo établissement | No dossier: |  |
| Nom, prénom: |  |
| Date de naissance: |  |
| **COLLECTE DE DONNÉES GLOBALE**  **DE LA PERSONNE AU SIV** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Évaluation**  **Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | **Inscription :  SIV**  **Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **Réinscription :  SIV**  **Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **1. MILIEU DE VIE** | | | | | | | | | | | |
| **Dans quel type d’hébergement habitez-vous ?** | | | | | | | | | | | |
| Chambre : | | | |  |  | RTF | | Appartement | | RI | |
| Autre : | | |  | | | | | | | |  |
| **Qu’est-ce que vous aimez dans votre milieu de vie ?** | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | |  |
| **Qu’est-ce qui pourrait être amélioré ?** | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | |  |
| **Quelles démarches avez-vous faites pour améliorer ces aspects ?** | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | |  |
| **Quelles autres démarches pourraient être faites ?** | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | |  |
| **Où aimeriez-vous demeurer dans un an ? (projet de vie)** | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No dossier: |  |
| Nom, prénom: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. MILIEU DE VIE (suite)** | | | | | | | | | | | | | |
| **Historique des lieux de résidence :** | | | | | | | | | | | | | |
| **TYPE DE RÉSIDENCE** | **AVEC QUI** | | | | | | **DURÉE** | | | | **MOTIF DE DÉPART** | | |
|  |  | | | | | |  | | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | | | |  | | |
| **Activités de la vie domestique (AVD)** | | | | | | | | | | | | | |
| Actuellement, êtes-vous en mesure de : | | | | | | | | | | | | | |
| Préparer des repas simples? | | | Non | | Oui | Exemples : | | |  | | | | |
| Planifier vos repas ? | | | Non | | Oui | Exemples : | | |  | | | | |
| Utiliser un micro-ondes ? | | | Non | | Oui | Exemples : | | |  | | | | |
| Utiliser une cuisinière ? | | | Non | | Oui | Exemples : | | |  | | | | |
| Faire votre épicerie ? | | | Non | | Oui | Exemples : | | |  | | | | |
| Faire votre ménage ? | | | Non | | Oui | Exemples : | | |  | | | | |
| Faire votre lessive ? | | | Non | | Oui | Exemples : | | |  | | | | |
| Faire votre lit ? | | | Non | | Oui | Exemples : | | |  | | | | |
| Ranger vos vêtements ? | | | Non | | Oui | Exemples : | | |  | | | | |
| Jeter les objets inutiles ? | | | Non | | Oui | Exemples : | | |  | | | | |
| Vider la poubelle ? | | | Non | | Oui | Exemples : | | |  | | | | |
| **Activités de la vie quotidienne (AVQ)** | | | | | | | | | | | | | |
| **Hygiène personnelle** | | | | | | | | | | | | | |
| À quelle fréquence durant la semaine faites-vous les activités suivantes : | | | | | | | | | | | | | |
| Prendre une douche ou un bain ? | | | |  | | | | Changer vos vêtements ? | | | | |  |
| Brosser vos dents ? | |  | | | | | | Utiliser un déodorant ? | | | |  | |
| Avez-vous besoin à l’occasion de rappels pour faire ces activités ? | | | | | | | | | Non | Oui | | | |
| Avez-vous parfois besoin d’aide pour faire ces activités ? | | | | | | | | | Non | Oui | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | No dossier: | | | | |  | | | | |
| Nom, prénom: | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **1. MILIEU DE VIE (suite)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Alimentation:** Mangez-vous | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |
| **Aliments** | | | | | | | **Si oui, quantité et fréquence/jour** | | | | | | | | **Si non, pourquoi ?** | | | | | |
| Lait et produits laitiers | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| Viande et substituts | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| Fruits et légumes | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| Pain et céréales | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| Sucreries et amuse-gueules | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| Liqueur, eau, jus | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| Thé et café | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| Combien de repas mangez-vous par jour ? | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
| Mangez-vous entre les repas ? | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Votre poids actuel : | |  | | | kg |  | | | | lbs | |  | | | | | |  | | | |
| Avez-vous perdu ou gagné du poids dernièrement ? | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| Votre poids vous satisfait-il ? | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Date : |  | | Signature de l’intervenant : | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | No dossier: | | | |  | | |
|  | | | | Nom, prénom: | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
| **2. OCCUPATIONS** | | | | |  | | | | | | |
| Quels sont vos loisirs présentement et à quelle fréquence les pratiquez-vous pendant une semaine ? | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | |
| Est-ce que ces loisirs et leur fréquence sont satisfaisants pour vous ? | | | | | | Oui | | Non |  | | |
| Si non, qu’est-ce qui pourrait augmenter votre degré de satisfaction ? | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | |
| Y a-t-il d’autres loisirs qui vous intéressent ? Si oui, lesquels ? | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | |
| **Études** | | | | | | | | |  | | |
| Quel est le plus haut niveau scolaire complété ? | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | |  | | |
| Quels sont/étaient vos intérêts ? Vos forces ? Ce que vous aimiez le plus ? | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | |  | | |
| Aimeriez-vous retourner aux études ? | | Non | | Oui | |  | | |  | | |
| Si oui, dans quel domaine ? | |  | |  | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | |  | | |
| **Travail ou bénévolat** | | | | | | | | | | |
| Occupez-vous ou avez-vous déjà occupé un emploi ? | | | | | Non | Oui | |  | | |
| Si oui, dans quel domaine ? | | | | |  |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
| Faites-vous ou avez-vous déjà fait du bénévolat ? | | | | | Non | Oui | |  | | |
| Si oui, dans quel domaine ? | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | No dossier: | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | Nom, prénom: | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. OCCUPATIONS (suite)** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Quels sont vos intérêts, vos forces à ce niveau (emploi, bénévolat) ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Quel genre d’emploi ou d’activité bénévole aimeriez-vous occuper ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Organisation du temps** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Utilisez-vous un agenda ? | | | | | | | Oui | | | Non | | | |  | | | | | | | |  | |
| Un calendrier ? | | | | | | | Oui | | | Non | | | |  | | | | | | | |  | |
| Un aide-mémoire ? | | | | | | | Oui | | | Non | | | |  | | | | | | | |  | |
| **Moyens de transport** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Quel(s) moyen(s) de transport utilisez-vous ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Marche | | | | | Autobus | | | | Voiture | | | Bicyclette | | | | Transport adapté | | | | Covoiturage | | | |
| Avez-vous un permis de conduire valide ?  Non  Oui | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avez-vous une voiture ?  Non  Oui | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avez-vous des difficultés à vous orienter lors de vos déplacements ?  Non  Oui (préciser) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Utilisation des services** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| Quels services utilisez-vous ? | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| Bureau de poste | | | | | | Bibliothèque | | | | | | Salon de coiffure | | | | | Église | | Restaurants | | | | |
| Magasins | | | | | | Cinéma | | | | | | Banque ou caisse | | | | | Organismes communautaires | | | | | | |
| Autres : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date : | | |  | | | | | Signature de l’intervenant : | | | | | | | |  | | | | | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No dossier: |  |
| Nom, prénom: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Réseau social / amis / famille / spiritualité** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Statut civil** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Célibataire | | Conjoint(e) de fait | | | | | | | | | | Marié(e) | | | | | | Divorcé(e) | | | | | Veuf (veuve) | |
| Depuis quand ? : | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cette situation de vie est-elle satisfaisante pour vous ? | | | | | | | | | | | | | | | | | Non | | | | Oui | | | |
| Pourquoi ? | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Enfants** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avez-vous des enfants ? | | | | | | Non | | | | | | | Oui | | | | | | | | | | | |
| **Nom** | | | | | | | | | **Âge** | | | | | | | **Fréquence de contact** | | | | | | **Ville** | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |
| **Si la personne a un/des enfant(s) :** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Bénéficiez-vous d’un soutien parental ? | | | | | | | | | | | Non | | | Oui (Type) | | | | | |  | | | | |
| **Personnes significatives** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom** | | | | | | | **Âge** | **Fréquence des rencontres** | | | | | | | | | | | **Type de liens** | | | | **Activités** | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| Êtes-vous satisfait de vos relations interpersonnelles ? | | | | | | | | | | | | | | | Non | | | | | Oui | | | | |
| Pourquoi ? | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Spiritualité** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Au plan de la spiritualité, quelles sont les croyances ou les valeurs importantes pour vous (amour, paix, générosité, etc.) ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Comment vivez-vous votre vie spirituelle ? Quelles sont vos activités en lien avec vos croyances ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No dossier: |  |
| Nom, prénom: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| **3. Réseau social / amis / famille / spiritualité (SUITE)** | | | | | |
| Aimeriez-vous développer davantage la dimension spirituelle dans votre vie ? | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
| Avez-vous déjà tenté une action pour l'améliorer ? | | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
| Date : | |  | Signature de l’intervenant : |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | No dossier: | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | Nom, prénom: | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **4. SANTÉ PHYSIQUE** | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Avez-vous des problèmes de santé physique ?  Non  Oui (Lesquels) | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Qu’est-ce que cela vous occasionne comme difficultés ? | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Prenez-vous des médicaments pour vos problèmes de santé physique ? Non  Oui | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 🡺 Si oui, compléter le profil pharmacologique | | | | | | | | | | | | | | | 9 | |
| **Suivis médicaux** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avez-vous un suivi médical, que ce soit pour des examens préventifs ou pour un problème de santé physique | | | | | | | | | | | | | | | | |
| spécifique (omnipraticien, dentiste, opticien / ophtalmologiste, etc.) ? | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOM** | | | | **FONCTION** | | **DEPUIS QUAND** | | | | **FRÉQUENCE** | | | **MOTIFS** | | | |
|  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |
| **Sommeil** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quelles sont vos habitudes (lever, coucher) ? | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Comment jugez-vous la qualité de votre sommeil ?  Excellente  Bonne  Passable  Mauvaise | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si la qualité de votre sommeil laisse à désirer**: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comment se manifeste ce problème ? | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Difficulté à s’endormir | | | | | Difficulté à se réveiller | | | | | | Réveils fréquents | | | Cauchemars | | |
| Autres : | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Quelles sont les conséquences du mauvais sommeil ? | | | | | | | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No dossier: |  |
| Nom, prénom: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. SANTÉ PHYSIQUE (suite)** | | | | | | | |
| **Sexualité** | | | | | | | |
| Votre vie sexuelle vous satisfait-elle actuellement ?  Non  Oui | | | | | | |  |
| Pourquoi ? | | |  | | | |  |
|  |  | | | | | |  |
| Avez-vous des inquiétudes sexuelles ?  Non  Oui | | | | | | | |
| Utilisez-vous un contraceptif ?  Non  Oui | | | | |  | |  |
| Date : | |  | | Signature de l’intervenant : | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | No dossier: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Nom, prénom: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. SANTÉ MENTALE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Prise de conscience de sa santé mentale** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Considérez-vous être en bonne santé mentale ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Non | | | | | | Oui | | | | |  | | | | | | | |
| Pourquoi ? | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avez-vous reçu un diagnostic de trouble mental ?  Non  Oui (Lequel) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Que savez-vous de ce trouble ? | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Que pensez-vous de ce diagnostic (en accord ou non?) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comment vous êtes-vous senti lorsque vous avez reçu ce diagnostic ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Début de la maladie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quand et comment a débuté la maladie ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Qu’avez-vous pensé de vous lorsque les premiers symptômes se sont manifestés ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quelle a été la réaction de vos amis, de votre famille, etc. ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comment était votre vie avant ce diagnostic ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Situation actuelle** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Au quotidien, de quelle manière se manifestent les symptômes de votre maladie ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | No dossier: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Nom, prénom: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. SANTÉ MENTALE (suite)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quels sont les moments où ces symptômes sont davantage présents ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Quels sont les moments où vous vous sentez mieux ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Considérez-vous pouvoir exercer un certain contrôle sur ces manifestations ? Si oui, de quelle manière ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Croyez-vous qu’il vous est possible d’accéder au rétablissement malgré les symptômes actuels de votre maladie ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Non  Oui | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Quels obstacles identifiez-vous en lien avec la possibilité d’un rétablissement (obstacles personnels et extérieurs) ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Quels sont les facteurs qui pourraient favoriser votre rétablissement (ex. : caractéristiques positives personnelles, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| réseau social, support d’un intervenant etc.) ? | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quels étaient vos projets d’avenir avant le début de la maladie ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Maintenant, quel est votre projet d’avenir, votre rêve pour les prochaines années ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Y a-t-il une personne autour de vous qui croit que vous pourrez réaliser ce projet un jour (ami, famille, intervenant, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| etc.) ?  Non Oui | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | No dossier: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Nom, prénom: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. SANTÉ MENTALE (suite)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dépression et idées suicidaires** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ➊ Au cours du dernier mois, vous êtes-vous souvent senti abattu, déprimé ou désespéré ?  Non  Oui | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ➋ Au cours du dernier mois, avez-vous souvent ressenti un désintérêt ou une absence de plaisir à accomplir les | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| choses de la vie ?  Non  Oui | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 🡺 Si réponse « Oui » à l’une ou l’autre de ces deux questions, compléter la grille d’évaluation de l’urgence suici- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| daire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dangerosité et violence** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avez-vous des antécédents de violence ?  Non  Oui*🡺* Si réponse « Oui » ou si réponse « Non» et que | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| l’intervenant sait qu’il y en a, compléter le formulaire «Approche sécuritaire» | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Utilisation des ressources en santé mentale et dans la communauté** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Suivi(s) actuel(s) : psychiatre, infirmière, travailleur social, organismes communautaires ou autres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOM** | | | | | | | | | | | | **FONCTION** | | | | | | | | | | **DEPUIS QUAND** | | | | | | | | | | | **FRÉQUENCE** | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Êtes-vous satisfait des services qui vous sont offerts ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | Non | | | | | | Oui | | | |  | | | | | | | | | | |
| Pourquoi ? | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| De quel type de service aimeriez-vous bénéficier ? | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Historique des hospitalisations** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de vos problématiques de santé mentale ?  Non  Oui | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| SI OUI : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Combien de fois est-ce arrivé ? | | | | | | | | | |  | | | | | | | Était-ce contre votre gré ? | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Pour quelles raisons ? | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | No dossier: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Nom, prénom: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. SANTÉ MENTALE (suite)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comment avez-vous vécu ces hospitalisations ? | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **MÉDICATION (SANTÉ MENTALE)**  🡺 Compléter le profil pharmacologique (FMD-84-R02) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Connaissez-vous le nom, le dosage de vos médicaments et la fréquence ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Non | | | | Oui | | | | |
| Pourquoi devez-vous prendre cette médication ? | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Que pensez-vous de cette médication (pour ou contre) ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Vous arrive-t-il de ne pas prendre votre médication telle que prescrite ?  Non  Oui Si oui, pour quelles | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| raisons (ex. : oubli, prise de plus de médicaments que prescrit, etc.) ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Votre médication provoque-t-elle des effets secondaires ?  Non  Oui Si oui, lesquels ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| À quelle pharmacie prenez-vous vos médicaments ? (nom et adresse) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Faites-vous les démarches pour renouveler vos prescriptions ?  Oui  Non Si non, qui les fait à votre place? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Date : | | | |  | | | | | Signature de l’intervenant : | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | No dossier: | | | | |  | |
|  | | | | Nom, prénom: | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | |
| **6. DROGUES/ALCOOL** | | | | | | |  | | | |
| Faites-vous usage d’alcool ou de drogues ? | | | | Non | Oui | | | |  | |
| SI OUI (4 questions CAGE-AID) | | | | | | | | | | |
| ➊ Avez-vous pensé que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ou de drogue ?  Non  Oui | | | | | | | | | | |
| ➋ Les gens vous ont-ils agacé par leur critique sur votre consommation d'alcool ou de drogue ?  Non  Oui | | | | | | | | | | |
| ➌ Vous êtes-vous senti mal à l'aise ou coupable à propos de votre consommation d'alcool ou de drogue ? | | | | | | | | | | |
| Non  Oui | | | | | | | | | | |
| ➍ Avez-vous déjà pris un verre ou consommé des drogues dès le matin pour calmer vos nerfs ou vous débarrasser | | | | | | | | | | |
| d'une gueule de bois ?  Non  Oui | | | | | | | | | | |
| 🡺 Si réponse « Oui » aux quatre questions, compléter les questionnaires DEBA-Alcool et DEBA-Drogue | | | | | | | | | | |
| Date : |  | Signature de l’intervenant : | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | No dossier: | |  | | |
|  | | | Nom, prénom: | |  | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **7. Fonctions cognitives** | | | | | | |  |
| Vous arrive-t-il souvent d’oublier des rendez-vous, des numéros de téléphone familiers ou autre ?  Non  Oui | | | | | | | |
| Avez-vous observé qu’il vous est parfois difficile de rester concentré sur une tâche ou une conversation ? | | | | | | | |
| Non  Oui | | | | | | | |
| Êtes-vous parfois tellement pris dans vos pensées que vous ne parvenez pas à bien écouter ce que les gens vous | | | | | | | |
| disent ?  Non  Oui | | | | | | | |
| Vous arrive-t-il parfois de vous rendre dans une pièce et d’oublier pourquoi vous vouliez y aller ?  Non  Oui | | | | | | | |
| **🡺 Si possible, vérifier ces éléments auprès d’un membre de l’entourage (famille, ami, colocataire, etc.)** | | | | | | | |
| **après** **avoir obtenu l’autorisation de la personne** | | | | | | | |
| **Observations de l’intervenant** | | | | | | | |
| La personne a de la difficulté à : | | | | | | | |
| ➊ Rester concentrée lors des rencontres, à garder le fil de la conversation, maintenir le contact visuel, etc. | | | | | | | |
| Non  Oui | | | | | | | |
| ➋ Se rappeler d’une fois à l’autre les contenus abordés ou a tendance à répéter les mêmes événements | | | | | | | |
| plusieurs fois  Non  Oui | | | | | | | |
| ➌ Utiliser un agenda, téléphone, calendrier, lire l’heure, etc.  Non  Oui | | | | | | | |
| ➍ S’orienter dans le temps (jour, mois et année)  Non  Oui | | | | | | | |
| Si vous cochez « oui » à certains de ces énoncés et que vous remarquez que les difficultés sont présentes la plupart du temps, référer à la personne ressource en neuropsychologie de votre territoire. | | | | | | | |
| Date : | |  | Signature de l’intervenant : | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | No dossier: | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | Nom, prénom: | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **8. Gestion financière et aspects légaux** | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Revenus** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Source de revenu** | | | | | | | **Montant** | | | | **Personne de référence** | | | | | | |
| Assistance emploi (aide sociale)  Contrainte sévère à l’emploi  Non  Oui | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |
| Assurance emploi (chômage) | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |
| Régie des rentes | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |
| Assurance-salaire | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |
| Autre : | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |
| Combien dépensez-vous en moyenne par mois pour | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Loyer: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Électricité: | | Téléphone : | | |  | | | | Câble : | | | | |  | | | |
| Nourriture: | | Médicaments : | |  | | | | | Lessive : | | | | |  |  | | |
| Transport: | | Assurance vie : | | |  | | | | Assurance habitation : | | | | |  |  | | |
| Autres paiements: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vos revenus vous permettent-ils de combler vos besoins?  Oui  Non | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si non, pourquoi ? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avez-vous de la difficulté à manipuler l’argent et à vérifier la monnaie ? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Non | Oui | | \*Si oui, dans quelles circonstances ? | | | | | | |  | | | | | | | |
| Gardez-vous vos objets de valeur ou votre argent dans un lieu sûr ?  Non  Oui | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **ASPECTS LÉGAUX** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Aspects légaux** | | | | | | | | **Remarques** | | | | | | | | | |
| Administration par un tiers | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Centre jeunesse | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Curateur ou tuteur privé | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Curateur public | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Probation | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Tribunal administratif du Québec (TAQ) | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| TAQ avec délégation de pouvoir | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Rapport d’incident / accident (AH-223) | | | | | | | |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | No dossier: | | | |  | |
|  | | | | | | Nom, prénom: | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | |
| **ASPECTS LÉGAUX (suite)** | | | | | | | | | | | |
| **Aspects légaux** | | | | | | **Remarques** | | | | | |
| Société d’assurance automobile du Québec | | | | | |  | | | | | |
| Justice  Pension alimentaire  Succession  Avis de recherche  Plaintes au criminel  Autre (précisez) | | | | | |  | | | | | |
| Ordonnance de traitement | | | | | | En vigueur du : au | | | | | |
| Ordonnance d’hébergement | | | | | | En vigueur du : au | | | | | |
| Date : |  | | Signature de l’intervenant : | | | |  | | | | |
| **Climat des rencontres** **et dates des rencontres :** | | | | | | | | | | | |
| **Date:** | | | | **Climat:** | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
| **Remarques de l'intervenant :** | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Date : | |  | Signature de l’intervenant : | | | | |  | | | |