|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 : |  |