|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Logo établissement |  No dossier : |  |  |
|  Nom, prénom à la naissance: |  |  |
|  Date de naissance : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **ÉVALUATION DES DEMANDES SI-SIV** |

|  |
| --- |
| **A.** **CRITÈRES D'EXCLUSION** |
| ***Problématique identifiée chez la personne*** | **Non** | **Oui** | **Commentaires** |
| Troubles mentaux transitoires ou situationnels |  |  |  |
| Déficience intellectuelle sans problème psychiatrique |  |  |  |
| Syndrome cérébral organique simple sans problème psychiatrique |  |  |  |
| Toxicomanie sans problème psychiatrique préexistant ou concomitant |  |  |  |
| Alcoolisme primaire sans diagnostic psychiatrique |  |  |  |
| Problèmes avec la justice sans avoir de diagnostic psychiatrique |  |  |  |
| Réponse OUI à un critère d’exclusion : non admissible au programme, référence à : |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
| Date : |  | Signature de l’intervenant : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No dossier: |  |
| Nom, prénom |  |
|  |
| **B. CRITÈRES D'INCLUSION** |
|  | **Non** | **Oui** | **Commentaires** |
| Âge : 18 ans et plus |  |  |  |
| Diagnostic principal de trouble mental grave associé à des épisodes psychotiques (schizophrénie – schizo-affectif – MAB) |  |  |  |
| Difficultés au niveau des habiletés personnelles, fonctionnelles, sociales et relationnelles (AVD et AVQ) |  |  |  |
| Pertes d’autonomie, difficultés d’intégration, d’organisation et d’adaptation dans la communauté (2 à 7 rencontres par mois) |  |  |  |
| Vit ou désire vivre dans la communauté |  |  |  |
| Besoins de coordination des activités et des services par un professionnel assigné (intervenant pivot) |  |  |  |
| Risque significatif de détérioration de la condition clinique ou sociale |  |  |  |

|  |
| --- |
| **C. CRITÈRES D'INCLUSION** |
| **À compléter seulement si absence d’un diagnostic d’un trouble mental grave associé à des épisodes psychotiques** |
| ***Problématique identifiée chez la personne :*** | **Non** | **Oui** | **Commentaires** |
| Troubles anxieux sévères (trouble obsessif compulsif, stress post-traumatique) |  |  |  |
| Troubles de l’humeur (dépression, dysthymie, MAB) |  |  |  |
| Hospitalisations répétées |  |  |  |
| **D. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES** |
|  |
|  |
|  |
| **E. ORIENTATIONS À PRIVILÉGIER** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Date : |  | Signature de l’intervenant : |  |