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