

Centre de santé et de services sociaux  
Haut-Richelieu—Rouville



Services externes de psychiatrie  
383, boulevard du Séminaire Nord, suite 230  
Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec)  
J3B 8C5  
Tél : (450) 346-2222

Nom : \_\_\_\_\_  
# dossier : \_\_\_\_\_  
Date d'ouverture : \_\_\_\_\_  
Intervenant principal : \_\_\_\_\_

# ÉVALUATION GLOBALE DE LA PERSONNE

Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_

Effectuée par : \_\_\_\_\_

# 1. SANTÉ MENTALE

## 1.1 Suivis

Suivi(s) actuel(s) psychiatre, infirmier(ère), travailleur(euse) social(e), etc. :

Nom	Fonction	Depuis quand?	Fréquence

## 1.2 Historique des hospitalisations

À quel moment avez-vous eu votre première hospitalisation? \_\_\_\_\_

Pour quels motifs? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vous avez eu combien d'hospitalisation? \_\_\_\_\_

Quels sont les signes précurseurs d'une période de crise ou d'une hospitalisation?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 1.3 Médication

Nom	Fonction selon le client	Régularité et moment de la prise



## 1.6 Problèmes judiciaires

Êtes-vous déjà allé en Cour?  Oui  Non

Si oui (quand, pourquoi, sentence, arrestations) : \_\_\_\_\_

---

---

## 1.7 Symptômes

Connaissez-vous votre diagnostic actuel (nom de votre maladie)? \_\_\_\_\_

---

---

Qu'est-ce que vous connaissez de votre maladie?

---

---

---

Quels sont les symptômes que vous vivez ou avez vécu dans le passé?

(idées délirantes, hallucinations, troubles de l'humeur, difficulté de concentration, agitation, manque d'énergie, perte d'intérêt, isolement, méfiance, agressivité, etc.)

---

---

---

## 1.8 Connaissance de soi

Comment décrivez-vous votre capacité?

D'attention :  bonne  moyen  difficile

De mémoire :  bonne  moyen  difficile

D'orientation :  bonne  moyen  difficile

De concentration :  bonne  moyen  difficile

De jugement :  bonne  moyen  difficile

## 2. SANTÉ PHYSIQUE ET SEXUALITÉ

### 2.1 Problèmes de santé

Avez-vous un problème de santé physique qui vous complique la vie? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

## 2.2 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 / ophthalmologiste, mammographie, etc.)?

Nom	Fonction	Depuis quand?	Fréquence	Motifs

## 2.3 Sexualité

Avez-vous déjà été enceinte?  Oui  Non

Si oui (nombre d'enfants, avortements, fausses couches, morts-nés) : \_\_\_\_\_

---

---

Êtes-vous ou avez-vous déjà été au prise avec une infection transmise sexuellement?

---

---

## 3. HYGIÈNE PERSONNELLE

### 3.1 Sommeil

Quelles sont vos habitudes de sommeil? (qualité, habitude du lever et du coucher, etc.)

---

---

---

### 3.2 Habillement

Possédez-vous assez de vêtements?  Oui  Non

Lesquels vous manque-t-il? (pantalons, jupes, chandails, sous-vêtements, survêtements (hiver, été), chaussures, bottes) \_\_\_\_\_

---

---

Comment vous débrouillez-vous pour votre lavage? (méthode, fréquence, type d'aide reçue, etc.) \_\_\_\_\_

---

---

### 3.3 Hygiène

Faites-vous les activités suivantes :

	OUI		NON	Fréquence	Commentaires
	Seul	Avec rappel			
Prendre une douche, un bain avec savon					
Laver vos cheveux avec du shampoing					
Brosser vos dents avec du dentifrice					
Entretenir une coupe de cheveux					
Porter des vêtements propres					
Utiliser des articles d'hygiène courants (déodorant, serviettes sanitaires, peigne)					
Entretenir vos ongles, mains et pieds					
Raser votre barbe					
Autre(s)					

## 4. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE ET DOMESTIQUE

### 4.1 Historique des lieux de résidence

Type de résidence	Avec qui	Durée	Motif de départ

## 4.2 Activités de la vie domestique (AVD)

	OUI			NON	Nombre de fois par :		
	Seul	Avec aide	Avec rappel		Jour	Semaine	Mois
Laver la vaisselle							
Entretenir la cuisine							
S'occuper des déchets							
Ranger la chambre à coucher							
Ranger le salon							
Nettoyer la salle de bain							
Épousseter							
Passer l'aspirateur/balai							
Laver les planchers							
Acheter et utiliser adéquatement les produits de nettoyage							
Voir aux gros travaux saisonniers (lavage des vitres, murs, etc).							

## 4.3 Alimentation

Mangez-vous...

Aliments	Si oui, quantité et fréquence/jour	Si non, pourquoi?
Fruits et légumes		
Viande et substituts		
Lait et produits laitiers		
Pain et céréales		

Combien de repas mangez-vous par jour? \_\_\_\_\_

Grignotez-vous entre les repas?  Oui  Non

Une diète particulière vous a-t-elle été prescrite?  Non  Oui, laquelle?

\_\_\_\_\_

Aimeriez-vous améliorer certains aspects de votre alimentation? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Faites-vous...	OUI	NON	Avec aide	Fréquence	Commentaires
J'utilise la cuisinière et le four					
Référence au guide alimentaire canadien dans vos repas (4 groupes)					
Appel à des livres de recettes					
L'épicerie					
Une liste d'épicerie					
Référence aux circulaires (épicerie)					
Une planification budgétaire pour pouvoir manger jusqu'à la fin du mois					
Des courses					
Aller au restaurant					
Appel à des ressources d'aide alimentaire (ex : popote roulante, SSVP, etc.)					

## 5. GESTION FINANCIÈRE

### 5.1 Revenus

Source de revenu	Montant	Personne ressource
<input type="checkbox"/> Assistance emploi (aide sociale) Contrainte sévère à l'emploi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> Assurance emploi (chômage)		
<input type="checkbox"/> Régie des rentes		
<input type="checkbox"/> Assurance-salaire		
<input type="checkbox"/> Autre :		

Vos revenus vous permettent-ils de combler vos besoins?  Oui  Non

Sinon, pourquoi? \_\_\_\_\_

### 5.2 Gestion du budget

Comment administrez-vous votre budget (seul, gestion par un tiers, régime de protection (pour quelles raisons), satisfaction du client en ce qui concerne les différentes méthodes qui ont été essayées)? \_\_\_\_\_

---



---



---

Avez-vous des difficultés budgétaires?  Non  Oui Si oui, quelles sont-elles (dettes, dépenses compulsives, respect du budget, consommation, générosité excessive, etc.)? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Remplissez-vous les formulaires et faites-vous les démarches nécessaires pour l'aide sociale ou autre? \_\_\_\_\_

---

---

---

Avez-vous un compte de banque ou caisse?  Oui  Non

Utilisez-vous...  carte de guichet automatique  chèque  comptoir caisse

Avez-vous de la difficulté à manipuler l'argent et vérifier la monnaie?  Non

Si oui, dans quelles circonstances? \_\_\_\_\_

---

Devez-vous emprunter pour rencontrer vos responsabilités financières?  Non

Si oui, à quelle fréquence et à qui? \_\_\_\_\_

---

---

Utilisez-vous un lieu sûr pour garder vos objets de valeur ou votre argent à votre résidence?  Oui  Non

## 6. RÉSEAU SOCIAL

### 6.1 État civil

Statut civil :  célibataire  conjoint de fait  marié  divorcé  veuf

---

Depuis quand? \_\_\_\_\_

## 6.2 Enfants

Avez-vous des enfants?  Oui  Non

Nom	Âge	Fréquence de contact	Ville

## 6.3 Famille / amis

Nom	Fréquence des rencontres	Type de liens (satisfaction/qualité)	Activités

Êtes-vous satisfait en général de vos liens familiaux?  Oui  Non, pourquoi?

---

---

Considérez-vous que vous avez assez d'ami(e)s?  Oui  Non, pourquoi?

---

---

## 6.4 Autres fréquentations

- église     clubs de loisirs     organismes communautaires  
 autres \_\_\_\_\_

## 6.5 Habiletés sociales, individuelles, en groupe

Êtes-vous à l'aise à demander de l'aide si nécessaire?  Oui  Non

En individuel, êtes-vous plus à l'aise avec un homme ou avec une femme?

---

Êtes-vous à l'aise en groupe? \_\_\_\_\_

---

## Prise de contact de base (à remplir par l'évaluateur)

Aisance à utiliser les politesses de base pour entrer en communication :

- |                          |                              |                              |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Dire bonjour :           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Dire S.V.P. :            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Dire merci :             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Sourire aux gens :       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Regarder dans les yeux : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Serrer la main :         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

## S'intéresser à l'autre (à remplir par l'évaluateur)

- Aisance à :
- |                                |                              |                              |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Initier une conversation?      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Mettre fin à un conversation?  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Avoir une courte conversation? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Avoir une longue conversation? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
- Être à l'écoute de l'autre :
- |                                  |                              |                              |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Regarder dans les yeux?          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Suivre la conversation?          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Poser des questions sur l'autre? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Répondre aux questions posées?   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
- S'impliquer dans la conversation :
- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Parler de lui ou elle?                     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Exprimer ses goûts et intérêts?            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Donner son point de vue sur quelque chose? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

## 7. LOISIRS / OCCUPATION / ÉTUDES / TRAVAIL

### 7.1 Situation actuelle

Quelles sont vos activités présentement?

Individuelles? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En groupe? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Communauté? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Santé mentale? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Êtes-vous satisfait de la quantité d'activités que vous avez à faire durant votre semaine?

- Oui \_\_\_\_\_  
 Non \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quels sont les obstacles généralement rencontrés qui rendent difficile la réalisation de vos objectifs / activités? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 7.2 Études

Dernière année d'études complétée : \_\_\_\_\_

Auto-évaluation sur une échelle de 1 à 10 pour les habilités en :

Lecture : /10

Écriture : /10

Mathématiques : /10

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 7.3 Expériences de travail ou bénévolat

---

---

---

---

### 7.4 Projets futurs

---

---

---

---

Quelles sont vos forces pour une occupation éventuelle? (qualités personnelles, habiletés ou aptitudes)?

---

---

---

---

Quelles sont vos limites ou aménagements à prévoir pour une éventuelle occupation?

---

---

---

---

## 8. ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

### 8.1 Moyens de transport

Quel moyens de transport utilisez-vous?

	OUI	NON	Avec difficulté	Commentaires
Marche				
Voiture				
Autobus				
Transport adapté				
Bicyclette				
Autre : précisez				

Avez-vous un permis de conduire valide?  Oui  Non

Avez-vous une voiture?  Oui  Non

Avez-vous des problèmes d'orientation?  Oui  Non

## 8.2 Utilisation des services

Quels sont les services que vous utilisez dans votre quartier?

- Bibliothèque
- Salon de coiffure
- Église
- Restaurants
- Épicerie
- Groupe de réadaptation (SEP)
- Cinéma
- Banque ou caisse
- Organismes communautaires (Point Commun, Entre-Nous, etc.) : \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Autres : \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

# ANNEXE

## BUDGET MENSUEL PRÉVISIONNEL

REVENUS	
Aide sociale/chômage	
Salaire (inso, etc.)	
Allocations familiales	
Pension alimentaire	
Rentes (invalidité, etc.)	
TPS	
Autres :	
<b>TOTAL</b>	

DÉPENSES	
<i>DÉPENSES VARIABLES</i>	
Épicerie	
Restaurants	
Tabac	
Pharmacie (rx, etc.)	
Essence	
Entretien de l'auto	
Transport en commun	
Vêtements	
Coiffeuse	
Entretien maison	
Garderie	
Animaux	
Journaux/revues	
Loisirs	
Loteries	
Autres :	
Autres :	
<b>Sous-total</b>	

DÉPENSES	
<i>DÉPENSES FIXES</i>	
Loyer, hypothèque	
Électricité (Hydro)	
Téléphone	
Câble	
Internet	
Abonnements	
Pension alimentaire	
Assurances-vie	
Assurances-habitation	
Assurances-auto	
Immatriculations	
Permis de conduire	
Prêts (banque, etc.)	
Cartes de crédit	
Autres :	
Autres :	
<b>Sous-total</b>	

<b>Total des revenus</b>	
<b>- Sous-total Dépenses fixes</b>	
<b>- Sous-total Dépenses variables</b>	
<b>= Surplus</b>	