|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : |       | Date de naissance : |       |

|  |
| --- |
| Indiquer si la personne présente des difficultés comportementales et à quelle fréquence en utilisant la cotation suivante :0 = NON : Aucune manifestation dans les 12 derniers mois 2 = OUI : Une fois ou plus par mois 4 = OUI : Une fois ou plus par jour1 = OUI : Moins d’une fois par mois 3 = OUI : Une fois ou plus par semaine |
| **Cote** | **Description de la difficulté comportementale** | **Cote** | **Description de la difficulté comportementale** |
|       | **Agressivité physique envers autrui***Si oui, précisez :*       |       | **Ingestion de substances non comestibles***Si oui, précisez :*       |
|       | **Automutilation***Si oui, précisez :*       |       | **Crises de colère***Si oui, précisez :*       |
|       | **Comportement incendiaire***Si oui, précisez :*       |       | **Comportement stéréotypé ou répétitif***Si oui, précisez :*       |
|       | **Comportement destructeur***Si oui, précisez :*       |       | **Comportement de retrait social***Si oui, précisez :*       |
|       | **Fugue***Si oui, précisez :*       |       | **Agressivité verbale ou injures à l’endroit des autres***Si oui, précisez :*       |
|       | **Vol***Si oui, précisez :*       |       | **Comportement d’opposition***Si oui, précisez :*       |
|       | **Comportement sexuel inacceptable***Si oui, précisez :*       |       | **Autres***Si oui, précisez :*       |
|       | **Manipulation des excréments***Si oui, précisez :*       |       |
| Depuis quand ces difficultés comportementales sont-elles présentes?       |
|       |
|       |
| Est-ce que des interventions ont été tentées? [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, précisez les interventions et résultats obtenus :       |
|       |
|       |
| Est-ce que la personne a déjà présenté des troubles significatifs du comportement (il y a plus de 12 mois)? [ ]  Oui [ ]  Non |
| Si oui, précisez :       |
|       |
|       |
|       |
| Selon vous, la personne peut-elle représenter un danger pour elle-même? [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, précisez :       |
|       |
|       |
| Selon vous, la personne peut-elle représenter un danger pour les autres? [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, précisez : |
|       |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Signature du professionnel |  | Date |

Formulaires et annexes disponibles sur le site Internet : [www.cisss-ca.gouv.qc.ca](http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca) – Guichet d’accès (voir encadré Professionnels, médecins et partenaires)

Mis à jour : 6 octobre 2016