|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 jour  1 = 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