

5. NATURE DU PROBLÈME

Consommation alcool/drogue : Substance/Quantité

DEBA-Alcool OUI NON Résultat :

DEBA-Drogue OUI NON Résultat :

DEBA-Jeu OUI NON Résultat :

Symptômes et manifestations (cochez si présents et expliquez)

SOMMEIL : ▲ ou ▼ ou =

APPÉTIT : ▲ ou ▼ ou =

ÉNERGIE : ▲ ou ▼ ou =

CONCENTRATION : ▲ ou ▼ ou =

DOULEUR PHYSIQUE : OUI NON

ISOLEMENT : OUI NON

Commentaires

6. ANTÉCÉDENTS EN LIEN AVEC LA SANTÉ MENTALE

Suivis antérieurs/hospitalisations

Diagnostics

7. DANGÉROSITÉ

Risque suicidaire

Moyen accessible

Absence de risque

Si coché, complétez

Estimation de la dangerosité (Pour l'aspect suicidaire, selon codes de couleurs de la grille d'estimation de dangerosité)

Planification du suicide :

Tentative de suicide

Capacité à espérer un changement _____

Usage de substances _____

Capacité à se contrôler _____

Présence de proches _____

Capacité à prendre soin de soi _____

Estimation globale _____

Commentaires :

Risque d'homicide

Moyen accessible

Absence de risque

Victime ciblée

Victime accessible

Avec plan

Si coché, complétez :

Comportements violents subis OUI NON

Comportements violents à autrui OUI NON

Si oui, quel type :

Risque de compromission envers un enfant OUI NON

8. ÉLÉMENTS PHARMACOLOGIQUES ET MÉDICAUX PERTINENTS

Médication physique et psychiatrique actuelle

Adhésion au traitement :

Tel que prescrit

Refus

Oubli

Abus

(Joindre profil, au besoin)

Dosette

Dyspill

Programme-alerte

OUI

NON

Essais Rx antérieurs :

Arrêt dû	<input type="checkbox"/>	Effets secondaires	<input type="checkbox"/>	Inefficacité	<input type="checkbox"/>	N/A	<input type="checkbox"/>
Bilan de santé effectué	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON			
Problèmes de santé physique à considérer en lien avec la demande de services							
Commentaires							

9. VULNÉRABILITÉ

Contexte de vie	
Contexte judiciaire (DPJ, obligation légale, TAQ, etc.)	
Contexte social	
Contexte familial	
Contexte amoureux	
Contexte de travail (revenu)	
Avez-vous une personne significative sur laquelle vous pouvez compter? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si oui, nom de la personne :	Quel type d'aide :
Pouvons-nous contacter cette personne si nous n'arrivons pas à vous joindre pour planifier un rendez-vous? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

10. IMPRESSIONS CLINIQUES, FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ ET RECOMMANDATIONS

Impressions cliniques et observations lors de la collecte d'information	
Facteurs de vulnérabilité	
Attentes vis-à-vis des services	

BESOINS/RECOMMANDATIONS

<input type="checkbox"/>	Accompagnement dans la réintégration sociale ou l'organisation du milieu de vie (logement, transport, revenus, socialisation, sphère occupationnelle, etc.)
<input type="checkbox"/>	Suivi psychosocial ou psychothérapie
<input type="checkbox"/>	Traitement pour problème de dépendance. Précisez :
<input type="checkbox"/>	Autres Spécifier :
Intervention initiées	
Entente convenue avec le client	
Informations supplémentaires/commentaires	

Évaluation réalisée	<input type="checkbox"/>	Au téléphone	<input type="checkbox"/>	En personne
---------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-------------

Signature de l'intervenant _____ Date _____

ZONE RÉSERVÉE À L'USAGE DU GUICHET D'ACCÈS EN SANTÉ MENTALE ADULTE

Priorisation/Orientation à la suite de l'évaluation :
