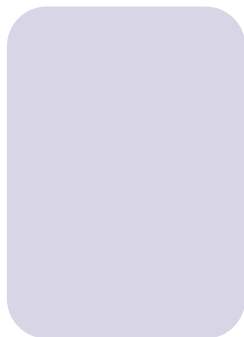


Évaluation commune des besoins en Ontario (ÉCBO)

Projet d'évaluation commune des services communautaires de santé
mentale



ÉCBO 3.0 Base

ÉCBO DE BASE

Utilisation de l'ÉCBO de base

Cet organisme utilise la version de base du questionnaire ÉCBO qui comporte seulement le résumé des renseignements concernant le client et de la section Utilisation des services et qui ne contient pas les sections d'auto-évaluation des clients et d'évaluation par le personnel. L'ÉCBO de base capte les renseignements que cet organisme rapporte en tant que fournisseur de services communautaire de santé mentale.

Date de début de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)*: _____

Résumé des renseignements du client

1. Évaluation initiale ÉCBO

ÉCBO rempli par l'intervenant principal?* ☐ Oui ☐ Non

2. Raison de l'évaluation ÉCBO (Choisissez une seule réponse)*

☐ Évaluation initiale ÉCBO ☐ (Avant le) Congé
☐ Réévaluation ☐ Changement de statut significatif

3. Renseignements concernant le client

Prénom : _____ Date de naissance (AAAA-MM-JJ):* _____
Initiale du second prénom : _____ ☐ Estimée ☐ Inconnue
Nom de famille : _____ Numéro de la carte santé : _____
Nom d'usage : _____ Code de version : _____
Adresse : _____ Territoire émetteur : _____
Ville : _____ Lieu où se trouve le bénéficiaire de services (comté, district, municipalité) :* _____
Province : _____ RLISS dans lequel le client réside:* _____
Code postal : _____
N° de téléphone : _____ Poste : _____
Adresse de courriel : _____

3b. Quelle est votre identité de genre? (Choisissez une seule réponse)*

☐ Homme ☐ Femme ☐ Intersexe ☐ Transgenre - Femme à homme ☐ Transgenre- Homme à femme
☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas ☐ Autre (veuillez préciser) : _____

3c. État civil (Choisissez une seule réponse)*

☐ Célibataire ☐ Partenaire ou personne significative ☐ Séparé(e) ☐ Je préfère ne pas répondre
☐ Marié(e) ou union de fait ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Je ne sais pas

4. Utilisation par le Centre fonctionnel de santé mentale (pour les six derniers mois)

Centre fonctionnel de santé mentale 1

Intervenant principal ÉCBO :* ☐ Oui ☐ Non
Nom du membre du personnel :* _____
Numéro de téléphone du membre du personnel :* _____ Poste : _____
Organisme RLISS :* _____
Nom de l'organisme :* _____
Numéro de l'organisme :* _____
Nom du programme :* _____
Numéro du programme :* _____
Nom du Centre fonctionnel :* _____
Numéro du Centre fonctionnel :* _____
RLISS prestataire de services :* _____
Référént :* _____

Centre fonctionnel de santé mentale 2

Intervenant principal ÉCBO :* ☐ Oui ☐ Non
Nom du membre du personnel :* _____
Numéro de téléphone du membre du personnel :* _____ Poste : _____
Organisme RLISS :* _____
Nom de l'organisme :* _____
Numéro de l'organisme :* _____
Nom du programme :* _____
Numéro du programme :* _____
Nom du Centre fonctionnel :* _____
Numéro du Centre fonctionnel :* _____
RLISS prestataire de services :* _____
Référént :* _____

* Champs obligatoires

Date de la demande de service (AAAA-MM-JJ) : Date de décision d'octroi du service (AAAA-MM-JJ): Accepté : Date de début du service (AAAA-MM-JJ): Date de départ (AAAA-MM-JJ): Plan de congé :	Date de la demande de service (AAAA-MM-JJ) : Date de décision d'octroi du service (AAAA-MM-JJ): Accepté : Date de début du service (AAAA-MM-JJ): Date de départ (AAAA-MM-JJ): Plan de congé :
Centre fonctionnel de santé mentale 3	Centre fonctionnel de santé mentale 4
Intervenant principal ÉCBO :* ☐ Oui ☐ Non Nom du membre du personnel :* Numéro de téléphone du membre du personnel :* Poste : Organisme RLISS :* Nom de l'organisme :* Numéro de l'organisme :* Nom du programme :* Numéro du programme :* Nom du Centre fonctionnel :* Numéro du Centre fonctionnel :* RLISS prestataire de services :* Référent :* Date de la demande de service (AAAA-MM-JJ) : Date de décision d'octroi du service (AAAA-MM-JJ): Accepté : Date de début du service (AAAA-MM-JJ): Date de départ (AAAA-MM-JJ): Plan de congé :	Intervenant principal ÉCBO :* ☐ Oui ☐ Non Nom du membre du personnel :* Numéro de téléphone du membre du personnel :* Poste : Organisme RLISS :* Nom de l'organisme :* Numéro de l'organisme :* Nom du programme :* Numéro du programme :* Nom du Centre fonctionnel :* Numéro du Centre fonctionnel :* RLISS prestataire de services :* Référent :* Date de la demande de service (AAAA-MM-JJ) : Date de décision d'octroi du service (AAAA-MM-JJ): Accepté : Date de début du service (AAAA-MM-JJ): Date de départ (AAAA-MM-JJ): Plan de congé :
5. Médecin de famille ☐ Oui ☐ Non ☐ Aucun renseignement disponible ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas	
Nom : Adresse : N° de téléphone : Ville : Poste : Province : Adresse de courriel : Code postal :	
Vu(e) la dernière fois :	
6. Psychiatre ☐ Oui ☐ Non ☐ Aucun renseignement disponible ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas	
Nom : Adresse : N° de téléphone : Ville : Poste : Province : Adresse de courriel : Code postal :	
Vu(e) la dernière fois :	

7. Autre contact			
☐ Oui ☐ Non ☐ Aucun renseignement disponible ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas			
Type de contact :			
Nom :		Adresse :	
N° de téléphone :		Ville :	
Poste :		Province :	
Adresse de courriel :		Code postal :	
Vu(e) la dernière fois :			
Autre contact			
☐ Oui ☐ Non ☐ Aucun renseignement disponible ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas			
Type de contact :			
Nom :		Adresse :	
N° de téléphone :		Ville :	
Poste :		Province :	
Adresse de courriel :		Code postal :	
Vu(e) la dernière fois :			
8. Autre organisme			
☐ Oui ☐ Non ☐ Aucun renseignement disponible ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas			
Nom :		Adresse :	
N° de téléphone :		Ville :	
Poste :		Province :	
Adresse de courriel :		Code postal :	
Vu(e) la dernière fois :			
9. Aptitude du client (Sélectionnez toutes les options qui s'appliquent)			
9a. Procuration relative aux soins de la personne : ☐ Oui ☐ Non ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas			
Procuration ou nom du mandataire :			
Adresse :			
N° de téléphone :		Poste :	
9b. Procuration relative aux biens de la personne: ☐ Oui ☐ Non ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas			
Procuration :			
Adresse :			
N° de téléphone :		Poste :	
9c. Tuteur; ☐ Oui ☐ Non ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas			
Nom du tuteur :			
Adresse :			
N° de téléphone :		Poste :	
9d. Préoccupations :			
Finances/biens :		☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas	
Décisions de traitement :		☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas	
10. Âge - en années - du début de la maladie mentale:		☐ Estimé ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas ☐ S/O	

* Champs obligatoires

11. Âge lors de la première hospitalisation psychiatrique:	☐ Estimé ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas ☐ S/O
12. Date la plus récente où le consommateur a accédé à votre organisation (AAAA-MM):	☐ Estimé ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas ☐ S/O

13. Lequel des groupes suivants décrit le mieux votre appartenance raciale ou groupe ethnique? (Choisissez une seule réponse)*

☐ Asiatique de l'Est (par ex., Chinois(e), Japonais(e), Coréen(ne)) ☐ Sud-Asiatique (par ex., Indien(ne), Pakistanais(e), Sri Lankais(e)) ☐ Asiatique du Sud-Est (par ex., Malaisien(ne), Philippin(e), Vietnamien(ne)) ☐ Africain(e) noir(e) (par ex., Ghanéen(e), Kenyan(e), Somalien(ne)) ☐ Caribéen(ne) noir(e) (par ex., Barbadien(ne), Jamaïcain(e)) ☐ Nord-américain(e) noir(e) (par ex., Canadien(ne), Américain(e)) ☐ Premières Nations ☐ Personne avec des origines de l'Inde (par ex., Guyanien(ne) avec des origines de l'Inde) ☐ Indigène/Autochtone – non inclus ailleurs ☐ Inuit(e)	☐ Latino-Américain(e) (par ex., Argentin(e), Chilien(ne), Salvadorien(ne)) ☐ Métis ☐ Originaire du Moyen-Orient (par ex., Égyptien(ne), Iranien(ne), Libanais(e)) ☐ Européen(e) blanc(he) (par ex., Anglais(e), Italien(ne), Portugais(e), Russe) ☐ Nord-américain(e) blanc(he) (par ex., Canadien(ne), Américain(e)) ☐ Ascendance mixte (par ex., Africain(e) noir(e) et Nordaméricain(e) blanc(he)) Veuillez préciser : _____ ☐ Autre(s) : Veuillez préciser : _____ ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas
---	---

14. Quelle est votre orientation sexuelle? (Choisissez une seule réponse)*

☐ Bisexuel(le) [Bisexual]	☐ Gai [Gay]	☐ Hétérosexuel(le) [Heterosexual]	☐ Lesbienne [Lesbian]
☐ Bi-spirituel(le) [Two-Spirit] (un terme utilisé par les Autochtones)		☐ Queer/Allosexuel(le)	
☐ Autre (veuillez préciser) : _____		☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas	

15. Statut de citoyen (Choisissez une seule réponse)

☐ Citoyen(ne) canadien(ne)	☐ Résident(e) temporaire	☐ Je préfère ne pas répondre
☐ Résident(e) permanent(e)	☐ Réfugié(e)	☐ Je ne sais pas

16 Êtes-vous né(e) au Canada?* ☐ Oui ☐ Non ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas
Si NON, en quelle année êtes-vous arrivé(e) au Canada? _____

17. Dans quelle langue seriez-vous le plus à l'aise pour communiquer avec votre fournisseur de soins de santé? (Choisissez une seule réponse)*

18. Langue dans laquelle le service est fourni*

19. Quelle est votre langue maternelle? (Choisissez une seule réponse)*

20. Si votre langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, laquelle des langues officielles du Canada vous convient le plus?*

☐ Anglais	☐ Français
----------------------------------	-----------------------------------

21. Problèmes juridiques (Choisissez une seule réponse)*

☐ Droit civil	☐ Droit criminel	☐ Aucun problème juridique	☐ Je préfère ne pas répondre	☐ Je ne sais pas
--------------------------------------	---	---	---	---

22. Commentez sur les soucis judiciaires :

23. Statut juridique actuel (Sélectionnez toutes les options ce qui s'appliquent)***Préinculpation**

- ☐ Déjudiciarisation avant la mise en accusation
- ☐ Programme de déjudiciarisation

Avant le procès

- ☐ Attend l'évaluation de l'aptitude
- ☐ Instance de procès (*avec ou sans caution*)
- ☐ Attend l'évaluation de la responsabilité criminelle (CNR)
- ☐ Responsable de lui-même/d'elle-même dans la collectivité
- ☐ Inapte à subir un procès

Détention

- ☐ Détenu(e) par la COE – accès à la collectivité
- ☐ Absolution conditionnelle de la COE
- ☐ Libération conditionnelle
- ☐ Sous probation

Résultats

- ☐ Accusations retirées
- ☐ Suspension de l'instance
- ☐ Attend la peine
- ☐ Criminellement non responsable (CNR)
- ☐ Absolution conditionnelle
- ☐ Peine d'emprisonnement avec sursis
- ☐ Ordonnance d'injonction
- ☐ Ordonnance de bonne conduite
- ☐ Condamnation avec sursis
- ☐ Incarcération

Autre

- ☐ Aucun problème juridique (*y compris l'absolution inconditionnelle et la durée de l'incarcération – fin de la détention*)
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Je ne sais pas

24. Où vivez-vous? (Choisissez une seule réponse)*

- | | |
|--|---|
| ☐ Foyers subventionnés et foyers de soins spéciaux | ☐ Hébergement privé sans but lucratif |
| ☐ Établissement correctionnel/de probation | ☐ Maison/app. privé |
| ☐ Foyer | ☐ Maison/app. privé – autre/subventionné |
| ☐ Hôpital général | ☐ Maison de retraite/résidence pour personnes âgées |
| ☐ Hôpital psychiatrique | ☐ Maison de chambres/pension |
| ☐ Autre hôpital spécialisé | ☐ Logement avec services de soutien – Habitation collective |
| ☐ Aucune adresse fixe | ☐ Logement avec services de soutien – Aide à la vie autonome |
| ☐ Refuge/Maison d'hébergement | ☐ Autre _____ |
| ☐ Établissement de soins de longue durée/maison de soins infirmiers | ☐ Je préfère ne pas répondre |
| ☐ Logement municipal sans but lucratif | ☐ Je ne sais pas |

25. Recevez-vous du soutien? (Choisissez une seule réponse)*

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Autonome | ☐ Endroit supervisé autre qu'un établissement | ☐ Je préfère ne pas répondre |
| ☐ Aide/soutien à l'autonomie | ☐ Établissement supervisé | ☐ Je ne sais pas |

26. Vivez-vous avec quelqu'un? (Sélectionnez toutes les options ce qui s'appliquent)*

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Non - Seul(e) | ☐ Enfants | ☐ Non-membres de la famille |
| ☐ Conjoint(e)/partenaire | ☐ Parents | ☐ Je préfère ne pas répondre |
| ☐ Autre | ☐ Membres de la famille | ☐ Je ne sais pas |

27. Quelle est votre situation d'emploi actuelle? (Choisissez une seule réponse)*

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Travail rémunéré sans soutien | ☐ Expérience de travail non rémunéré | ☐ Je préfère ne pas répondre |
| ☐ Travail assisté/avec services de soutien | ☐ Aucun emploi – autre activité | ☐ Je ne sais pas |
| ☐ Autres entreprises | ☐ Emploi occasionnel/intermittent | |
| ☐ Atelier d'assistance par le travail | ☐ Aucun emploi | |

28. Êtes-vous présentement aux études? (Choisissez une seule réponse)*

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Non, pas aux études | ☐ Centre de formation professionnelle | ☐ Autre _____ |
| ☐ École primaire/intermédiaire | ☐ Éducation des adultes | ☐ Je préfère ne pas répondre |
| ☐ École secondaire | ☐ Collège | ☐ Je ne sais pas |
| ☐ École de métier | ☐ Université | |

29. Antécédents psychiatriques

29a. Avez-vous été hospitalisé en raison de votre santé mentale? (Choisissez une seule réponse)* En cas première ÉCBO, au cours des deux dernières années OU en cas de Réévaluation, depuis le dernier ÉCBO

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|---|---|
| ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Je préfère ne pas répondre | ☐ Je ne sais pas |
|------------------------------|------------------------------|---|---|

29b. Si Oui,

Nombre total d'admissions pour cause de santé mentale :

S'il s'agit de la première ÉCBO, énumérez les admissions à l'hôpital au cours des deux dernières années OU, si c'est une réévaluation, énumérez les dernières admissions à l'hôpital depuis la dernière ÉCBO

Nombre total de jours d'hospitalisation pour cause de santé mentale :

S'il s'agit de la première ÉCBO, énumérez les admissions à l'hôpital au cours des deux dernières années OU, si c'est une réévaluation, énumérez les dernières admissions à l'hôpital depuis la dernière ÉCBO

30. Combien de fois vous êtes-vous rendu(e) aux services d'urgence d'un hôpital pour cause de problèmes mentaux au cours des six derniers mois?*

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|---|
| ☐ Aucune | ☐ 2 - 5 | ☐ Je préfère ne pas répondre |
| ☐ 1 | ☐ > 6 | ☐ Je ne sais pas |

31. Ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC) :*

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| ☐ OTMC émise | ☐ Aucune OTMC | ☐ Je préfère ne pas répondre | ☐ Je ne sais pas |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|---|

32. Catégories diagnostiques***Source des diagnostics**

(Sélectionnez toutes les options ce qui s'appliquent)*

(Choisissez une seule réponse)

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|-----------------------------------|
| ☐ Troubles neurodéveloppementaux | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Troubles bipolaires et apparentés | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Troubles dépressifs | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Troubles anxieux | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Troubles dissociatifs | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Troubles à symptomatologie somatique et apparentés | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Troubles du contrôle sphinctérien | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Troubles de l'alternance veille-sommeil | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Dysfonctions sexuelles | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Dysphorie de genre | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Troubles liés à une substance et troubles addictifs | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Troubles neurocognitifs | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Troubles de la personnalité | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Troubles paraphiliques | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Autres troubles mentaux | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Troubles des mouvements et autres effets indésirables induits par un médicament | ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Ne s'applique pas | | | |
| ☐ Je préfère ne pas répondre | | | |
| ☐ Je ne sais pas | | | |

* Champs obligatoires

33. L'une ou l'autre des situations suivantes s'appliquent-elles à vous? (Sélectionnez toutes les options ce qui s'appliquent)*

- | | |
|---|---|
| ☐ Maladie chronique | ☐ Déficience sensorielle (par ex., surdité ou perte de la vue) |
| ☐ Déficience développementale | ☐ Autre (veuillez préciser) _____ |
| ☐ Dépendance à la drogue ou à l'alcool | ☐ Aucune |
| ☐ Trouble d'apprentissage | ☐ Je préfère ne pas répondre |
| ☐ Maladie mentale | ☐ Je ne sais pas |
| ☐ Incapacité physique | |

34. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez atteint? (Choisissez une seule réponse)*

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Aucune éducation formelle | ☐ Études secondaires non terminées | ☐ Études collégiales/universitaires |
| ☐ Études primaires/intermédiaires non terminées | ☐ Études secondaires | ☐ Je préfère ne pas répondre |
| ☐ Études primaires/intermédiaires | ☐ Études collégiales/universitaires non terminées | ☐ Je ne sais pas |

35. Quelle est votre principale source de revenu? (Choisissez une seule réponse)*

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Emploi | ☐ Aide sociale | ☐ Autre _____ |
| ☐ Assurance-emploi | ☐ Prestations d'invalidité | ☐ Je préfère ne pas répondre |
| ☐ Pension de retraite | ☐ Famille | ☐ Je ne sais pas |
| ☐ POSPH (Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées) | ☐ Aucune source de revenu | |

36. Quel est le revenu familial total avant impôts sur l'année précédente? (Choisissez une seule réponse)*

- | | |
|---|---|
| ☐ \$0 – \$19 999 | ☐ \$120 000 - \$149 999 |
| ☐ \$20 000 – \$29 999 | ☐ \$150,000 ou plus |
| ☐ \$30 000 – \$59 999 | ☐ Je préfère ne pas répondre |
| ☐ \$60 000 – \$89 999 | ☐ Je ne sais pas |
| ☐ \$90 000 – \$119 999 | |

37. Combien de personnes vivent de ce revenu?*

_____ personne(s) ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas

38. Problèmes identifiés à la présentation (Sélectionnez toutes les options qui s'appliquent)*

- | | |
|---|---|
| ☐ Activités quotidiennes | ☐ Toxicomanie |
| ☐ Tentative de suicide | ☐ Difficultés avec les relations interpersonnelles |
| ☐ Éducation | ☐ Problèmes liés à une dépendance |
| ☐ Finances | ☐ Abus sexuel |
| ☐ Logement | ☐ Symptômes de maladie mentale grave |
| ☐ Problèmes juridiques | ☐ Menace pour les autres |
| ☐ Vocationnel/emploi | ☐ Menace pour soi-même |
| ☐ Abus/négligence | ☐ Autre _____ |

34. Commentaire général :

Date de fin de l'évaluation (AAAA-MM-JJ)*: _____