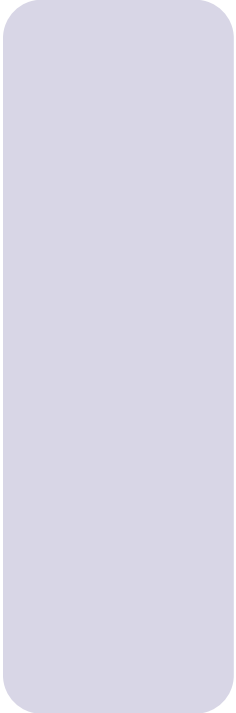


Évaluation commune des besoins en Ontario (ÉCBO)

Projet d'évaluation commune des services communautaires de santé mentale



ÉCBO 3.0 Base + Auto-Évaluation



ÉCBO Auto-évaluation des consommateurs

➡ **Faites entendre votre voix**

Cette organisation utilise l'ÉCBO pour comprendre vos besoins. Nous vous invitons à remplir cette brève auto-évaluation qui couvre les domaines de votre vie où vous avez besoin de soutien et où ça va bien. En complétant l'auto-évaluation, nous pouvons nous concentrer sur des services qui répondent aux besoins que vous avez identifiés.

➡ **Vous décidez de ce que vous aimeriez partager**

L'auto-évaluation est facultative. Lorsque vous effectuez l'auto-évaluation, vous pouvez choisir de ne pas répondre aux questions avec lesquelles vous n'êtes pas à l'aise. Votre décision de compléter ou non tout ou partie de l'auto-évaluation ne changera pas les services auxquels vous accédez.

➡ **Pourquoi nous vous encourageons à remplir l'auto-évaluation:**

- Vous exprimez votre point de vue
- Les services et soutiens sont affectés aux domaines les plus importants pour vous
- Vous pouvez répondre seulement aux questions que vous à l'aise de discuter

Nom:	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ):	
Date de début de l'évaluation (AAAA-MM-JJ) :	Date de fin de l'évaluation (AAAA-MM-JJ) :
<u>DIRECTIVES :</u> L'auto-évaluation couvre 24 domaines de votre vie. Les étapes suivantes vous aideront à effectuer l'évaluation. Informez votre travailleur si vous avez besoin d'aide. 1. Lisez le premier domaine de vie dans l'évaluation, par exemple de l'hébergement et de considérer vos besoins dans ce domaine de votre vie. 2. Les questions en dessous du domaine sont là pour vous aider à réfléchir si c'est un problème (un domaine de besoin) et si vous obtenez l'aide dont vous avez besoin. 3. Cochez l'une des quatre cases identifiant votre besoin dans ce domaine en utilisant les définitions ci-dessous. Notez que l'une des cases que vous pouvez cocher est "Je ne veux pas répondre". N'hésitez pas à cocher cette case pour tous les domaines auxquels vous ne vous sentez pas à l'aise de répondre. 4. Nous vous encourageons à fournir des commentaires afin que votre travailleur puisse mieux comprendre votre situation. 5. Suite aux 24 domaines, il y a 5 questions. Nous vous encourageons à répondre à ces questions afin de mieux comprendre ce qui est important pour vous, vos forces et vos objectifs de récupération.	
Aucun besoin = ceci n'est pas un problème grave pour moi	
Besoin satisfait = ceci n'est pas un problème grave pour moi parce que je reçois de l'aide pour cela	
Besoin non satisfait = ceci reste un problème grave pour moi malgré l'aide que je reçois pour cela	
Je ne souhaite pas répondre = Je préfère ne pas répondre	

		Aucun besoin	Besoin satisfait	Besoin non satisfait	Je ne souhaite pas répondre
1.	Logement	☐	☐	☐	☐
	Êtes-vous satisfait de l'endroit où vous vivez ou y a-t-il un problème (un domaine de besoins)? Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin?				
	Commentaires				
2.	Alimentation	☐	☐	☐	☐
	La nourriture qui convient à vos besoins alimentaires a-t-elle été un problème (un domaine de besoins)? Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin?				
	Commentaires				

Aucun besoin = ceci n'est pas un problème grave pour moi					
Besoin satisfait = ceci n'est pas un problème grave pour moi parce que je reçois de l'aide pour cela					
Besoin non satisfait = ceci reste un problème grave pour moi malgré l'aide que je reçois pour cela					
Je ne souhaite pas répondre = Je préfère ne pas répondre					
		Aucun besoin	Besoin satisfait	Besoin non satisfait	Je ne souhaite pas répondre
3.	Entretien du ménage	☐	☐	☐	☐
	Est-ce que l'entretien d'une résidence bien rangée a posé un problème (est-ce un domaine de besoins)? Cela pourrait inclure le nettoyage et la lessive. Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				
4.	Hygiène personnelle	☐	☐	☐	☐
	Est-ce que le maintien de votre hygiène personnelle a posé un problème (est-ce un domaine de besoins)? Cela pourrait inclure des difficultés à accéder ou à utiliser des produits ou des installations. Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				
5.	Activités quotidiennes	☐	☐	☐	☐
	Est-ce que les activités quotidiennes ont été un problème (un domaine de besoins)? Cela pourrait inclure le travail, l'éducation ou les activités de loisirs. Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				
6.	Santé physique	☐	☐	☐	☐
	Votre santé physique a-t-elle posé un problème (est-ce un domaine de besoins)? Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				
7.	Symptômes psychotiques	☐	☐	☐	☐
	Les symptômes de psychose ont-ils posé un problème (est-ce un domaine de besoins)? Ceux-ci pourraient inclure se sentir comme si vous étiez surveillé(e) ou entendre des voix qui interfèrent avec votre vie quotidienne? Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				
8.	Information sur les problèmes de santé et leur traitement	☐	☐	☐	☐
	La compréhension de votre état de santé mentale et des services ou des traitements recommandés, a-t-elle été un problème (un domaine de besoin)? Obtenez-vous l'information dont vous avez besoin? Commentaires				
9.	Détresse psychologique	☐	☐	☐	☐
	Les symptômes de dépression ou d'anxiété ont-ils été un problème (est-ce un domaine de besoins)? Ceux-ci peuvent inclure des sentiments de tristesse ou d'inquiétude qui interfèrent avec votre vie quotidienne. Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				

Aucun besoin = ceci n'est pas un problème grave pour moi					
Besoin satisfait = ceci n'est pas un problème grave pour moi parce que je reçois de l'aide pour cela					
Besoin non satisfait = ceci reste un problème grave pour moi malgré l'aide que je reçois pour cela					
Je ne souhaite pas répondre = Je préfère ne pas répondre					
		Aucun besoin	Besoin satisfait	Besoin non satisfait	Je ne souhaite pas répondre
10.	Sécurité personnelle	☐	☐	☐	☐
	Est-ce que les pensées ou les actes de vous faire du mal ont été un problème (un domaine de besoins)? Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				
11.	Sécurité d'autrui	☐	☐	☐	☐
	Est-ce que les pensées ou les actes de nuire aux autres ont été un problème (un domaine de besoins)? Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				
12.	Alcool	☐	☐	☐	☐
	La consommation d'alcool a-t-elle été un problème (est-ce un domaine de besoins)? Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				
13.	Drogues et médicaments	☐	☐	☐	☐
	L'usage de drogues ou des médicaments non prescrit a-t-il été un problème (un domaine de besoins)? Cela pourrait inclure des drogues illicites ou une mauvaise utilisation de médicaments d'ordonnance? Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				
14.	Autres dépendances	☐	☐	☐	☐
	Les autres dépendances ont-elles été un problème (est-ce un domaine de besoins)? D'autres dépendances peuvent inclure le jeu, la surutilisation d'appareils électroniques ou le tabagisme. Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				
15.	Relations sociales	☐	☐	☐	☐
	Votre vie sociale a-t-elle posé un problème (est-ce un domaine de besoins)? Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				

Aucun besoin = ceci n'est pas un problème grave pour moi					
Besoin satisfait = ceci n'est pas un problème grave pour moi parce que je reçois de l'aide pour cela					
Besoin non satisfait = ceci reste un problème grave pour moi malgré l'aide que je reçois pour cela					
Je ne souhaite pas répondre = Je préfère ne pas répondre					
		Aucun besoin	Besoin satisfait	Besoin non satisfait	Je ne souhaite pas répondre
16.	Relations significatives	☐	☐	☐	☐
	Les relations personnelles étroites ont-elles posé un problème (est-ce un domaine de besoins)? Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				
17.	Vie sexuelle	☐	☐	☐	☐
	Est-ce que votre vie sexuelle et votre santé sexuelle ont été un problème (un domaine de besoins)? Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				
18.	Soins des enfants	☐	☐	☐	☐
	Est-ce que s'occuper de vos enfants a été un problème (un domaine de besoins)? Cela pourrait inclure l'accès aux services de garde ou l'éducation des enfants. Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				
19.	Autres personnes à charge	☐	☐	☐	☐
	Est-ce que s'occuper d'autres personnes à charge a été un problème (un domaine de besoins)? D'autres personnes à charge pourraient inclure des parents âgés et des animaux domestiques. Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				
20.	Instruction	☐	☐	☐	☐
	Est-ce que la lecture, l'écriture ou les mathématiques de base pose un problème (est-ce un domaine de besoins)? Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				
21.	Communication	☐	☐	☐	☐
	Est-ce que l'accès ou l'utilisation d'un téléphone ou d'un ordinateur a été un problème (un domaine de besoins)? Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				
22.	Utilisation des transports en commun	☐	☐	☐	☐
	Est-ce que l'utilisation des modes de transport a été un problème (un domaine de besoins)? Cela pourrait inclure aller et revenir des rendez-vous et des activités quotidiennes. Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				

Quels sont vos points forts et compétences?

Quels sont vos espoirs et objectifs pour l'avenir?

Qu'est-ce que vous avez besoin pour atteindre vos objectifs et espoirs?

Est spiritualité une partie importante de votre vie? Veuillez expliquer

Est culture une partie importante de votre vie? Veuillez expliquer

Base + auto-évaluation ÉCBO

Utilisation Base + auto-évaluation ÉCBO

Notre organisme utilise le questionnaire Base + auto-évaluation ÉCBO, ce qui permet au client de remplir le formulaire d'auto-évaluation ÉCBO pour assurer que son point de vue est bel et bien entendu. Il comprend aussi le résumé des renseignements concernant le client et la section Utilisation des services de l'ÉCBO qui capte les renseignements que cet organisme rapporte en tant que fournisseur de service 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	

*** Champs obligatoires**

10. Âge - en années - du début de la maladie mentale:	☐ Estimé ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas ☐ S/O
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] ☐ Queer/Allosexuel(le)
☐ Bi-spirituel(le) [Two-Spirit] (un terme utilisé par les Autochtones) ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas
☐ Autre (veuillez préciser) : _____

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

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

Source des diagnostics**(Choisissez une seule réponse)**

- | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|
| ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |
| ☐ Auto-déclaré | ☐ Praticien diagnostiquant | ☐ Les deux |

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