

Évaluation commune des besoins en Ontario (ÉCBO)

Projet d'évaluation commune des services communautaires de santé mentale



ÉCBO 3.0 Complète

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.	Hébergement 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.	Nourriture 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	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐

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
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				
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				

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
11.	Sécurité d'autrui	☐	☐	☐	☐
	Est-ce que les pensées ou les actes de nuire aux autres ont été un problème (un domaine de besoins)?				
	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				
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				

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
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				
23.	Aspects financiers	☐	☐	☐	☐
	La gestion de votre argent a-t-elle été un problème (un domaine de besoins)? Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				
24.	Aides sociales	☐	☐	☐	☐
	Avez-vous accès à tout l'argent auquel vous êtes admissible? (est-ce un domaine de besoins)? Cela pourrait inclure le programme Ontario au travail, le Programme de soutien aux personnes handicapées et le Programme de médicaments de l'Ontario. Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin? Commentaires				

Veillez répondre aux questions suivantes en quelques phrases :

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

Évaluation du personnel de l'ECBO

Utiliser l'ECBO

L'ECBO est une évaluation qui permet de saisir les opinions des consommateurs en tant que partie intégrante des discussions avec leurs travailleurs de santé. Il comprend deux parties principales: l'auto-évaluation facultative du consommateur et l'évaluation du personnel. Dans la mesure du possible, il est recommandé que le consommateur ait la possibilité de compléter son auto-évaluation. Compléter les deux parties de l'évaluation permettra à vous et à votre consommateur, d'avoir une discussion instructive.

Ceci est l'ECBO complète qui comprend:

- l'auto-évaluation du consommateur
- l'évaluation du personnel et
- le résumé de l'information du consommateur et de l'utilisation du service

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. Fin de l'auto-évaluation du client

3a. L'auto-évaluation du client a-t-elle été terminée?*

☐ Oui ☐ Non

3b. Si l'auto-évaluation du client n'a pas été terminée, pourquoi pas? (Choisissez une seule réponse)

☐ Niveau de confort ☐ Raisons de santé mentale
☐ Barrière linguistique ☐ État physique
☐ Durée de l'évaluation ☐ Autre _____
☐ Capacité de lire/d'écrire

4. 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 : _____

4b. 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) : _____

4c. 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

5. 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 :*

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 :*

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* Champs obligatoires

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 :	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 :
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 :
6. Médecin de famille ☐ Oui ☐ Non ☐ Aucun renseignement disponible ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas	
Nom : N° de téléphone : Poste : Adresse de courriel :	Adresse : Ville : Province : Code postal :
Vu(e) la dernière fois :	
7. Psychiatre ☐ Oui ☐ Non ☐ Aucun renseignement disponible ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas	

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* Champs obligatoires

Nom :	Adresse :			
N° de téléphone :	Ville :			
Poste :	Province :			
Adresse de courriel :	Code postal :			
Vu(e) la dernière fois :				
8. Autre contact				
☐ Oui	☐ Non			
☐ 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			
☐ 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 :				
9. Autre organisme				
☐ Oui	☐ Non			
☐ 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 :				
10. Aptitude du client (Sélectionnez toutes les options qui s'appliquent)				
10a. 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 :			
10b. Procuration relative aux biens de la personne :	☐ Oui	☐ Non	☐ Je préfère ne pas répondre	☐ Je ne sais pas
Procuration :				
Adresse :				
N° de téléphone :	Poste :			
10c. Tuteur :	☐ Oui	☐ Non	☐ Je préfère ne pas répondre	☐ Je ne sais pas
Nom du tuteur :				
Adresse :				
N° de téléphone :	Poste :			

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* **Champs obligatoires**

10d. Préoccupations :

Finances/biens : ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pasDécisions 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

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

14. 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))☐ Latino-Américain(e) (par ex., Argentin(e), Chilien(ne), Salvadorien(ne))☐ Sud-Asiatique (par ex., Indien(ne), Pakistanais(e), Sri Lankais(e))☐ Métis☐ Asiatique du Sud-Est (par ex., Malaisien(ne), Philippin(e), Vietnamien(ne))☐ Originaire du Moyen-Orient (par ex., Égyptien(ne), Iranien(ne), Libanais(e))☐ Africain(e) noir(e) (par ex., Ghanéen(e), Kenyan(e), Somalien(ne))☐ Européen(e) blanc(he) (par ex., Anglais(e), Italien(ne), Portugais(e), Russe)☐ Caribéen(ne) noir(e) (par ex., Barbadien(ne), Jamaïcain(e))☐ Nord-américain(e) blanc(he) (par ex., Canadien(ne), Américain(e))☐ Nord-américain(e) noir(e) (par ex., Canadien(ne), Américain(e))☐ Ascendance mixte (par ex., Africain(e) noir(e) et Nordaméricain(e) blanc(he)) Veuillez préciser :☐ Premières Nations☐ Personne avec des origines de l'Inde (par ex., Guyanien(ne) avec des origines de l'Inde)☐ Autre(s) : Veuillez préciser : _____☐ Indigène/Autochtone – non inclus ailleurs☐ Je préfère ne pas répondre☐ Inuit(e)☐ 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 pas16. 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. Le client connaît-il des problèmes d'immigration? (Sélectionnez toutes les options qui s'appliquent)

☐ Aucun problème☐ Expérience de la guerre/de l'incarcération/de la torture☐ Manque de compréhension des ressources /du système/canadiens☐ Camp de réfugiés☐ Reconnaissance des antécédents de travail/titres professionnels☐ Expérience d'autres traumatismes☐ Vivre séparément des membres de la famille/des personnes les plus proches☐ Autre _____☐ La famille est restée derrière dans un camp de réfugiés☐ Je préfère ne pas répondre☐ Je ne sais pas

18. Pouvez-vous me parler de votre expérience de l'immigration?

19. Expérience de la discrimination (Sélectionnez toutes les options qui s'appliquent)

☐ Handicap☐ Maladie mentale☐ Autre _____☐ Ethnicité☐ Race☐ Je préfère ne pas répondre☐ Sexe☐ Religion☐ Je ne sais pas☐ Immigration☐ Orientation sexuelle

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* Champs obligatoires

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

21. Langue dans laquelle le service est fourni*

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

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

☐ Anglais ☐ Français

24. Problèmes juridiques (Sélectionnez toutes les options qui s'appliquent)*

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

25. Commentez sur les soucis judiciaires:

26. Statut juridique actuel (Sélectionnez toutes les options 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

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

Détention

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

Autres

- ☐ 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

27. Commentaire général:

Évaluation du personnel

1. Logement		Évaluation du personnel
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?		
1. La personne a-t-elle actuellement un endroit où habiter?*		
<i>(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez sauter les questions 2 et 3 et passer aux questions supplémentaires ci-dessous)</i>		
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour le logement?		
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour le logement?		
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour le logement?		
Commentaires :		
Action(s) :		Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :
Où vivez-vous? (Choisissez une seule réponse)* ☐ Foyers subventionnés et foyers de soins spéciaux ☐ Établissement correctionnel/de probation ☐ Foyer ☐ Hôpital général ☐ Hôpital psychiatrique ☐ Autre hôpital spécialisé ☐ Aucune adresse fixe ☐ Refuge/Maison d'hébergement ☐ Établissement de soins de longue durée/maison de soins infirmiers ☐ Logement municipal sans but lucratif ☐ Hébergement privé sans but lucratif ☐ Maison/app. privé ☐ Maison/app. privé – autre/subventionné ☐ Maison de retraite/résidence pour personnes âgées ☐ Maison de chambres/pension ☐ Logement avec services de soutien – Habitation collective ☐ Logement avec services de soutien – Aide à la vie autonome ☐ Autre _____ ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas		
Recevez-vous du soutien? (Choisissez une seule réponse)* ☐ Autonome ☐ Aide/soutien à l'autonomie ☐ Endroit supervisé autre qu'un établissement ☐ Établissement supervisé ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas		
Vivez-vous avec quelqu'un? (Sélectionnez toutes les options ce qui s'appliquent)* ☐ Non - Seul(e) ☐ Conjoint(e)/partenaire ☐ Autre _____ ☐ Enfants ☐ Parents ☐ Membres de la famille ☐ Non-membres de la famille ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas		
2. Alimentation		Évaluation du personnel
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?		
1. La personne a-t-elle des difficultés à avoir suffisamment à manger?*		
<i>(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez passer au domaine suivant)</i>		
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour avoir suffisamment à manger?		
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour avoir suffisamment à manger?		
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour avoir suffisamment à manger?		

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* Champs obligatoires

Commentaires :	
Action(s) :	Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :
3. Entretien du ménage	Évaluation du personnel
<i>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?</i>	
1. La personne a-t-elle des difficultés à accomplir ses tâches ménagères?*	
<i>(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez passer au domaine suivant)</i>	
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour accomplir ses tâches ménagères?	
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour accomplir ses tâches ménagères?	
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour accomplir ses tâches ménagères?	
Commentaires :	
Action(s) :	Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :
4. Hygiène personnelle	Évaluation du personnel
<i>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?</i>	
1. La personne a-t-elle des difficultés à maintenir son hygiène corporelle?*	
<i>(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez passer au domaine suivant)</i>	
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour maintenir son hygiène corporelle?	
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour maintenir son hygiène corporelle?	
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour maintenir son hygiène corporelle?	
Commentaires :	
Action(s) :	Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :
5. Activités quotidiennes	Évaluation du personnel
<i>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?</i>	
1. La personne a-t-elle des difficultés à poursuivre des activités régulières et appropriées pendant la journée?*	
<i>(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez sauter les questions 2 et 3 et passer aux questions supplémentaires ci-dessous)</i>	
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour trouver ou conserver des activités régulières et appropriées pendant la journée?	
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour trouver ou conserver des activités régulières et appropriées pendant la journée?	

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* Champs obligatoires

3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour trouver ou conserver des activités régulières et appropriées pendant la journée?		
Commentaires :		
Action(s) :		Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :
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		
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		
Obstacles pour trouver ou maintenir un emploi/une activité bénévole/ un programme d'études (Sélectionnez toutes les options qui s'appliquent) ☐ Dépendances ☐ Financement pour formation ☐ Pré-contemplation ☐ Capacités cognitives ☐ Pas de curriculum vitae ☐ Stigmatisation ☐ Confiance ☐ Compréhension du langage ☐ Symptômes ☐ Contemplation ☐ Capacité de lire/d'écrire ☐ Transport ☐ Divulgateur ☐ Effets secondaires de la médication ☐ Autre _____ ☐ Coupures financement POSPH ☐ Santé physique ☐ Je préfère ne pas répondre		
Commentaires :		
6. Santé physique		Évaluation du personnel
Votre santé physique a-t-elle posé un problème (est-ce un domaine de besoins)? Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin?		
1. La personne a-t-elle un handicap ou une maladie physique?*		
(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez sauter les questions 2 et 3 et passer aux questions supplémentaires ci-dessous)		
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour des problèmes de santé physique?		
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour des problèmes de santé physique?		
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour des problèmes de santé physique?		
Commentaires :		
Action(s) :		Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* Champs obligatoires

Troubles médicaux (Sélectionnez toutes les options qui s'appliquent)

Ces informations proviennent de diverses sources, notamment l'auto-évaluation, elles ne doivent pas être utilisées pour établir un diagnostic sans confirmation d'un professionnel qualifié.

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Lésion cérébrale acquise (LCA) | ☐ Trouble de l'alimentation | ☐ Ostéoporose |
| ☐ Alzheimer | ☐ Épilepsie | ☐ Grossesse |
| ☐ Arthrite | ☐ Déficience auditive | ☐ Crise cérébrale |
| ☐ Autisme | ☐ Maladie cardiaque | ☐ Infection transmise sexuellement (ITS) |
| Préciser _____ | ☐ Hépatite | ☐ Troubles cutanés |
| ☐ Problèmes respiratoires | ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D | ☐ Problèmes de sommeil (p. ex., insomnie) |
| ☐ Cancer | ☐ VIH | ☐ Accident cérébro-vasculaire |
| ☐ Cirrhose | ☐ Hypertension artérielle | ☐ Trouble de la thyroïde |
| ☐ Maladie transmissible | ☐ Taux élevé de cholestérol | ☐ Trouble de la vue |
| ☐ Diabète | ☐ Handicap de développement | ☐ Autre |
| ☐ Type 1 ☐ Type 3 | ☐ Hypotension artérielle | ☐ Je préfère ne pas répondre |
| ☐ Type 2 ☐ Autre | ☐ Obésité | ☐ Je ne sais pas |

Commentaires :

Liste de tous les médicaments actuels (y compris les médicaments d'ordonnance, en vente libre et de médecine parallèle)

Ces informations proviennent de diverses sources, notamment l'auto-évaluation, elles doivent être confirmées par un professionnel qualifié.

	Nom du médicament	Source d'information	Dose, fréquence et voie d'administration	Pris tel que prescrit?	Aide fournie?	Besoin d'aide?
1				☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas	☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas	☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
2				☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas	☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas	☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
3				☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas	☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas	☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
4				☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas	☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas	☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
5				☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas	☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas	☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Médicaments – Renseignements supplémentaires :

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?

Évaluation
du
personnel

1. La personne manifeste-t-elle des symptômes psychotiques?*

(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez sauter les questions 2 et 3 et passer aux questions supplémentaires ci-dessous)

2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour ses symptômes psychotiques?

3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour ses symptômes psychotiques?

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* Champs obligatoires

3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour ses symptômes psychotiques?	
Commentaires :	
Action(s) :	Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :
Antécédents psychiatriques	
Avez-vous été hospitalisé en raison de votre santé mentale? (Choisissez une seule réponse)* <i>En cas la <u>première ÉCBO</u>, au cours des deux dernières années OU en cas de <u>Réévaluation</u>, depuis le dernier ÉCBO</i> ☐ Oui ☐ Non ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas	
Si oui, Nombre total d'admissions pour cause de santé mentale: <i>S'il s'agit de la <u>première ÉCBO</u>, énumérez les admissions à l'hôpital au cours des deux dernières années OU, si c'est une <u>réévaluation</u>, énumérez les dernières admissions à l'hôpital depuis la dernière ÉCBO</i> Nombre total de jours d'hospitalisation pour cause de santé mentale: <i>S'il s'agit de la <u>première ÉCBO</u>, énumérez les admissions à l'hôpital au cours des deux dernières années OU, si c'est une <u>réévaluation</u>, énumérez les dernières admissions à l'hôpital depuis la dernière ÉCBO</i>	
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	
Ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC) :* ☐ OTMC émise ☐ Aucune OTMC ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas	
Antécédents psychiatriques – Renseignements supplémentaires :	
Symptômes (Sélectionnez toutes les options qui s'appliquent) <i>Ces informations proviennent de diverses sources, notamment l'auto-évaluation, elles ne doivent pas être utilisées pour établir un diagnostic sans confirmation d'un professionnel qualifié.</i>	
☐ Affect plat <i>Absence d'expression de sentiments</i> ☐ Agitation <i>Émotionnellement perturbé(e) ou dans un état d'excitation. Cela inclut une apparence perturbée, un comportement excité, agité ou hyperactif</i> ☐ Apathie <i>Manque d'émotion ou manque d'intérêt pour des choses normalement considérées importantes</i> ☐ Difficulté à entrer en relation <i>Absorbé(e) dans ses propres pensées et perceptions</i> ☐ Difficulté dans la pensée abstraite <i>Pensée concrète, incapable de saisir la signification sous-jacente des choses</i> ☐ Faible capacité de communication <i>Évite le regard et les conversations</i> ☐ Hallucinations <i>Perçoit des choses qui n'existent pas dans la réalité</i> ☐ Hostilité <i>Agressif(ve)</i>	☐ Idée de grandeur <i>Croyance non fondée sur la réalité d'être quelqu'un de très important</i> ☐ Idées délirantes <i>Croyances personnelles erronées et non fondées sur la réalité</i> ☐ Manque de motivation et d'initiative <i>Manque d'énergie, de volonté ou de motivation pour amorcer même les choses les plus simples</i> ☐ Manque de spontanéité <i>Lenteur dans le discours et les actions</i> ☐ Méfiance <i>Méfiant (e) et réservé(e)</i> ☐ Pensée désorganisée <i>Incapacité à réfléchir de façon logique</i> ☐ Pensée stéréotypée <i>Croyances et attitudes rigides pouvant sembler déraisonnables aux autres</i> ☐ Symptômes physiques <i>Les mouvements peuvent ralentir ou s'arrêter</i>
Commentaires :	

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* Champs obligatoires

8. Information sur les problèmes de santé et leur traitement		Évaluation du personnel																																																																																																				
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?																																																																																																						
1. La personne a-t-elle reçu une information orale ou écrite claire sur ses problèmes de santé et leur traitement?*																																																																																																						
(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez sauter les questions 2 et 3 et passer aux questions supplémentaires ci-dessous)																																																																																																						
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour obtenir cette information?																																																																																																						
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour obtenir cette information?																																																																																																						
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour obtenir cette information?																																																																																																						
Commentaires :																																																																																																						
Action(s) :		Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :																																																																																																				
<table border="0"> <thead> <tr> <th>Catégories diagnostiques* (Sélectionnez toutes les options qui s'appliquent)</th> <th colspan="3">Source des diagnostics (Choisissez une seule réponse)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ Troubles neurodéveloppementaux</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Troubles bipolaires et apparentés</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Troubles dépressifs</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Troubles anxieux</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Troubles dissociatifs</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Troubles à symptomatologie somatique et apparentés</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Troubles du contrôle sphinctérien</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Troubles de l'alternance veille-sommeil</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ Dysfonctions sexuelles</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Dysphorie de genre</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Troubles liés à une substance et troubles addictifs</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Troubles neurocognitifs</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Troubles de la personnalité</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Troubles paraphiliques</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Autres troubles mentaux</td> <td>☐ Auto-déclaré</td> <td>☐ Praticien diagnostiquant</td> <td>☐ Les deux</td> </tr> <tr> <td>☐ Troubles des mouvements et autres effets indésirables induits par un médicament</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ Ne s'applique pas</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ Je préfère ne pas répondre</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ Je ne sais pas</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Catégories diagnostiques* (Sélectionnez toutes les options qui s'appliquent)	Source des diagnostics (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				☐ 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				☐ Ne s'applique pas				☐ Je préfère ne pas répondre				☐ Je ne sais pas			
Catégories diagnostiques* (Sélectionnez toutes les options qui s'appliquent)	Source des diagnostics (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																																																																																																						
☐ 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																																																																																																						
☐ Ne s'applique pas																																																																																																						
☐ Je préfère ne pas répondre																																																																																																						
☐ Je ne sais pas																																																																																																						

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* Champs obligatoires

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 | |

9. Détresse psychologique

  valuation
du
personnel

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?

1. La personne souffre-t-elle actuellement de détresse psychologique?*

(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez passer au domaine suivant)

2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour sa détresse?

3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour sa détresse?

3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour sa détresse?

Commentaires :

Action(s) :

Par qui :

Date (AAAA-MM-JJ) :

10. Sécurité personnelle

  valuation
du
personnel

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?

1. La personne constitue-t-elle un danger pour elle-même?*

(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez sauter les questions 2 et 3 et passer aux questions supplémentaires ci-dessous)

2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour réduire les risques de se blesser?

3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour réduire les risques de se blesser?

3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour réduire les risques de se blesser?

Commentaires :

Action(s) :

Par qui :

Date (AAAA-MM-JJ) :

Avez-vous d  j été tenté de vous suicider par le passé? (Choisissez une seule réponse)

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

Avez-vous présentement des pensées suicidaires? (Choisissez une seule réponse)

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

Votre propre sécurité vous préoccupe-t-elle? (Choisissez une seule réponse)

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

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* Champs obligatoires

Risques (Sélectionnez toutes les options qui s'appliquent) ☐ Abus/négligence ☐ Blessure infligée à soi-même par accident ☐ Blessure infligée à soi-même volontairement		☐ Risque d'exploitation ☐ Autre _____
11. Sécurité d'autrui		Évaluation du personnel
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?		
1. La personne risque-t-elle de mettre quelqu'un d'autre en danger?*(<i>(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez passer au domaine suivant)</i>		
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour réduire les risques de blesser quelqu'un d'autre?		
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour réduire les risques de blesser quelqu'un d'autre?		
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour réduire les risques de blesser quelqu'un d'autre?		
Commentaires :		
Action(s) :		Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :
12. Alcool		Évaluation du personnel
La consommation d'alcool a-t-elle été un problème (est-ce un domaine de besoins)? Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin?		
1. La personne boit-elle excessivement ou a-t-elle des difficultés à contrôler sa consommation d'alcool?*(<i>(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez sauter les questions 2 et 3 et passer aux questions supplémentaires ci-dessous)</i>		
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour sa consommation d'alcool?		
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour sa consommation d'alcool?		
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour sa consommation d'alcool?		
Commentaires :		
Action(s) :		Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :
Combien de verres d'alcool buvez-vous et à quelle fréquence? ____ verres par mois ____ verres par semaine ____ verres – 2-3 fois par semaine ____ verres par jour		
Indiquer l'étape du changement à laquelle le client se trouve – Facultatif (Choisissez une seule réponse) ☐ Pré-contemplation ☐ Contemplation ☐ Action ☐ Maintien ☐ Prévention des rechutes		

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* Champs obligatoires

13. Drogues		Évaluation du personnel
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?		
1. La personne a-t-elle des problèmes d'abus de drogues ou de médicaments?*		
(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez sauter les questions 2 et 3 et passer aux questions supplémentaires ci-dessous)		
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour son abus de drogues ou de médicaments?		
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour son abus de drogues ou de médicaments?		
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour son abus de drogue ou de médicaments?		
Commentaires :		
Action(s) :		Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :
Quelles drogues, parmi les suivantes, avez-vous consommées? (Sélectionnez toutes les options qui s'appliquent)	6 derniers mois	à tout moment dans le passé
Marijuana	☐	☐
Cocaïne, crack	☐	☐
Hallucinogènes (p. ex., LSD, PCP)	☐	☐
Stimulants (p. ex., amphétamines)	☐	☐
Opiacés (p. ex., héroïne)	☐	☐
Sédatifs (non prescrits ou non consommés tels que prescrits, p. ex., Valium)	☐	☐
Médicaments en vente libre	☐	☐
Solvants	☐	☐
Autre	☐	☐
Avez-vous consommé cette (ces) drogues par injection?	☐	☐
Indiquez l'étape du changement à laquelle le client se trouve – Facultatif (Choisissez une seule réponse)		
☐ Pré-contemplation ☐ Contemplation ☐ Action ☐ Maintien ☐ Prévention des rechutes		
14. Autres dépendances		Évaluation du personnel
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?		
1. La personne a-t-elle des problèmes de dépendance?*		
(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez sauter les questions 2 et 3 et passer aux questions supplémentaires ci-dessous)		
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour ses problèmes de dépendance?		
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour sa dépendance?		
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour sa dépendance?		
Commentaires :		
Action(s) :		Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* Champs obligatoires

Type de dépendance (cochez tout ce qui s'applique) ☐ Jeu ☐ Nicotine ☐ Autre _____	
Indiquez l'étape du changement à laquelle le client se trouve – Facultatif (Choisissez une seule réponse) ☐ Pré-contemplation ☐ Contemplation ☐ Action ☐ Maintien ☐ Prévention des rechutes	
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?	Évaluation du personnel
1. La personne a-t-elle besoin d'aide pour ses relations sociales?*(<i>(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez passer au domaine suivant)</i>	
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour ses relations sociales?	
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour ses relations sociales?	
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour ses relations sociales?	
Commentaires :	
Action(s) :	Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :
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?	Évaluation du personnel
1. La personne a-t-elle des difficultés à trouver un(e) partenaire ou à maintenir une relation significative?*(<i>(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez passer au domaine suivant)</i>	
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour former ou maintenir des relations?	
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour former ou maintenir des relations?	
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour former ou maintenir des relations?	
Commentaires :	
Action(s) :	Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :
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?	Évaluation du personnel
1. La personne a-t-elle des problèmes sexuels?*(<i>(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez sauter les questions 2 et 3 et passer aux questions supplémentaires ci-dessous)</i>	
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour ses problèmes sexuels?	
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour ses problèmes sexuels?	
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour ses problèmes sexuels?	
Commentaires :	

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* Champs obligatoires

Action(s) :	Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :
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) : _____	
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?	
1. La personne a-t-elle des difficultés à prendre soin de ses enfants?*	Évaluation du personnel
(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez passer au domaine suivant)	
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour prendre soin de ses enfants?	
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour prendre soin de ses enfants?	
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour prendre soin de ses enfants?	
Commentaires :	
Action(s) : Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :	
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?	
1. La personne a-t-elle de la difficulté à s'occuper d'autres personnes à charge?*	Évaluation du personnel
(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez passer au domaine suivant)	
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour s'occuper d'une personne à charge?	
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour s'occuper d'une personne à charge?	
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour s'occuper d'une personne à charge?	
Commentaires :	
Action(s) : Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :	

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* Champs obligatoires

20. Instruction		Évaluation du personnel
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?		
1. La personne a-t-elle des difficultés à lire, à écrire et à compter?*		
<i>(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez sauter les questions 2 et 3 et passer aux questions supplémentaires ci-dessous)</i>		
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour lire, écrire et compter?		
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour lire, écrire et compter?		
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour lire, écrire et compter?		
Commentaires :		
Action(s) :		Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :
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		
21. Communication		Évaluation du personnel
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?		
1. La personne a-t-elle des difficultés à avoir accès ou à utiliser un téléphone?*		
<i>(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez passer au domaine suivant)</i>		
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour placer des appels téléphoniques?		
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour placer des appels téléphoniques?		
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour placer des appels téléphoniques?		
Commentaires :		
Action(s) :		Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :
22. Transport		Évaluation du personnel
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?		
1. La personne a-t-elle des difficultés à utiliser les transports en commun?*		
<i>(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez passer au domaine suivant)</i>		
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour ses déplacements?		

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* Champs obligatoires

3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour ses déplacements?	
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour ses déplacements?	
Commentaires :	
Action(s) :	Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :
23. Aspects financiers	
La gestion de votre argent a-t-elle été un problème (un domaine de besoins)? Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin?	Évaluation du personnel
1. La personne a-t-elle des difficultés à gérer son budget?*	
<i>(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez sauter les questions 2 et 3 et passer aux questions supplémentaires ci-dessous)</i>	
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour gérer son argent?	
3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour gérer son argent ?	
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour gérer son argent?	
Commentaires :	
Action(s) :	Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :
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	
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	
Combien de personnes vivent de ce revenu?*	
_____ personne(s) ☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Je ne sais pas	
24. Aides sociales	
Avez-vous accès à tout l'argent auquel vous êtes admissible? (est-ce un domaine de besoins)? Cela pourrait inclure le programme Ontario au travail, le Programme de soutien aux personnes handicapées et le Programme de médicaments de l'Ontario. Recevez-vous l'aide dont vous avez besoin?	Évaluation du personnel
1. La personne reçoit-elle toutes les aides sociales auxquelles elle est admissible?*	
<i>(Si la note attribuée est 0 ou 9, veuillez passer à la section suivante)</i>	
2. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle de ses amis ou de membres de la famille pour obtenir toutes les aides sociales auxquelles elle est admissible?	

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* Champs obligatoires

3a. Quel niveau d'aide la personne reçoit-elle des services communautaires/professionnels pour obtenir toutes les aides sociales auxquelles elle est admissible?	
3b. De quel niveau d'aide des services communautaires/professionnels la personne a-t-elle besoin pour obtenir toutes les aides sociales auxquelles elle est admissible?	
Commentaires :	
Action(s) :	Par qui : Date (AAAA-MM-JJ) :
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	
Problèmes identifiés à la présentation (Sélectionnez toutes les options qui s'appliquent)* ☐ Activités quotidiennes ☐ Tentative de suicide ☐ Éducation ☐ Finances ☐ Logement ☐ Problèmes juridiques ☐ Vocationnel/emploi ☐ Abus physique ☐ Toxicomanie ☐ Difficultés avec les relations interpersonnelles ☐ Problèmes liés à une dépendance ☐ Abus sexuel ☐ Symptômes de maladie mentale grave ☐ Menace pour les autres ☐ Menace pour soi-même ☐ Autre _____	

Sommaire des actions prises		
Priorité	Domaine	Action(s)

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* **Champs obligatoires**

Sommaire des recommandations

Recommandation optimale	Précisions	Recommandation actuelle	Précisions	Raisons expliquant la différence	Statut de la recommandation

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

BESOIN (Q1) : 0 = Aucun problème / 1 = Aucun / problème modéré grâce à l'aide reçue / 2 = Problème grave / 9 = Ne sait pas

AIDE (Q2 et 3a/b) : 0 = Aucune / 1 = Peu d'aide / 2 = Aide modérée / 3 = Beaucoup d'aide / 9 = Ne sait pas

* Champs obligatoires