| Collecte de données**Accueil-Analyse-Orientation-Référence****(AAOR)** | NUMÉRO DE DOSSIER : P \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**NOM À LA NAISSANCE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****PRÉNOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****SEXE : F 🞎 M 🞎****DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **AGE\* :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Année / mois / jour**\*si 0-21 ans** *(complétez page 3)***N.A.M. :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**DATE D’EXPIRATION :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Année / mois |
| --- | --- |
| **1 – ACCUEIL ET IDENTIFICATION** |
| **1.1 Usager** |
| Adresse :  | Ville : Province : Code postal :  |
| Numéro de téléphone :  | Autorisation à laisser un message sur boîte vocale : Oui 🞎 Non 🞎 |
| Capacité usager à se déplacer : Oui 🞎 Non 🞎 Précisez :  |
| Langue de communication : Français 🞎 Anglais 🞎 Autre :  | Besoin d’interprète : Oui 🞎 Non 🞎 |
| Disponibilité de l’usager : | AM 🞎 | PM 🞎 | Soir 🞎 |
| **1.2 Intervenant pivot au dossier :**  | Nom, Prénom :  |
| **1.3 Médecin de famille ou IPS** | Nom, Prénom : |
| Nom du GMF ou Clinique médicale : |
| **1.4 Personne-ressource** | Nom, Prénom :  |
| Lien avec l’usager :  | Téléphone : |
| **2 – INFORMATIONS DU RÉFÉRENT** |
| Nom et prénom du référent :  | Titre d’emploi :  |
| Direction :  | Établissement / Organisme :  |
| Téléphone :  | Télécopieur :  |
| **3 – ANALYSE DE LA DEMANDE (ou joindre l’évaluation)** |
| **3.1 Identification du besoin prioritaire formulé par l’usager** |
|  |
| **3.2 Demande formulée par le référent** |
|  |
| **3.3 Éléments déclencheurs** |
|  |
| **3.4 Diagnostic ou hypothèse diagnostique** |
|  |
| **3.5 Antécédents et stratégie d’aide antérieure selon la nature de la demande** |
|  |
| **3.6 Facteurs de risque et de protection** |
|  |
| **3.7 Évaluation du risque suicidaire, si requis** *(voir section 7 du formulaire ou 3 questions)* |
|  |
| **4. Orientation et Référence** |
| **4.1 Pistes de solution** *(proposition, intervention, entente, référence effectuée, conclusion)* |
|  |
| **4.2 Priorité** |
| **🞎 Code 100 : P1 – Urgent (0-72 heures)** | **🞎 Code 200 : P3 – Élevée (30 jours)** |
| **🞎 Code 150 : P2 – Prioritaire (14 jours)** | **🞎 Code 300 : P4 – Modérée (180 jours)** |
| **5. Consentement** |
|  L'usager ou son représentant a été informé et consent à la référence et à la transmission de l'information à son sujet. Oui 🞎 Non 🞎 |
| Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| **À compléter si usager âgé entre 0 et 21 ans****Accueil-Analyse-Orientation-Référence****(AAOR)** | NUMÉRO DE DOSSIER : P \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**NOM À LA NAISSANCE :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**PRÉNOM :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**SEXE : F** 🞎  **M** 🞎**DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **AGE :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Année / mois / jour**N.A.M. :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**DATE D’EXPIRATION :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Année / mois |
| --- | --- |
| **1 – MILIEU DE GARDE** |
| Fréquentation Oui 🞎 Non 🞎 | Nom de la garderie :  |
| **2 – FRÉQUENTATION SCOLAIRE MOINS DE 21 ANS** |
| Fréquentation scolaire Oui 🞎 Non 🞎 | Nom de l’école (obligatoire) :  |
| Niveau scolaire :  |  |
| **3 – COORDONNÉES DES PARENTS** |
| Milieu de vie de l’enfant : si habite chez ses parents (*compléter les informations ci-dessous)* |
| **Nom et Prénom du parent / tuteur 1 :** | **Nom et Prénom du parent / tuteur 2 :** |
| Nom : Prénom : Lien avec l’usager :  | Nom : Prénom : Lien avec l’usager :  |
| **🞎** Même adresse que l’usager | **🞎** Même adresse que l’usager |
| Adresse :  | Adresse :  |
| Ville :  | Ville :  |
| Code postal :  | Code postal :  |
| Tél. (bureau) : poste : | Tél. (bureau) : poste :  |
| Tél. (cellulaire) :  | Tél. (cellulaire) :  |
| **Nom de la personne ayant la garde légale :**  | Type de garde :  |
| Nom : Prénom :  |  |
| **🞎** Accord du parent / tuteur 1  | Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **🞎** Accord du parent / tuteur 2 | Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |