| 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |