

## GUIDE D'AIDE À LA COMPLÉTION

### Formulaire de collecte de données 62-200-633E

### Accueil – Analyse – Orientation – Référence (AAOR)

IDENTIFICATION DE L'USAGER	
<p><b>Les cases pointillées sont obligatoires</b>, elles doivent être complétées afin d'orienter la demande vers le bon service. Toute demande incomplète sera retournée au réfèrent.</p>	
<b>Numéro de dossier</b>	Il s'agit du dossier I-CLSC.
<b>Date de naissance</b>	Une fois la date de naissance inscrite, cliquer sur OK pour le calcul automatique de l'âge de l'utilisateur.
<b>Si vous n'avez pas de numéro d'assurance maladie (N.A.M.), préciser le statut (demandeur d'asile, sans statut, autre)</b>	Ces informations sont importantes puisqu'elles ont un impact sur l'accès aux services en matière de santé et de services sociaux. Si pertinent, inviter la personne à faire les démarches requises pour l'obtenir.
1- PRÉCISER LE NOM DE LA PERSONNE ET LE LIEN AVEC L'USAGER AVEC QUI CE FORMULAIRE EST REMPLI	
Afin de savoir si l'utilisateur a rempli le formulaire seul avec le réfèrent ou accompagné d'une personne-ressource, une personne en autorité parentale ou légale.	
2- ACCUEIL ET IDENTIFICATION	
2.1 Usager	
<b>Adresse temporaire</b>	Indiquer l'adresse temporaire à laquelle pourrait résider l'utilisateur au moment de la demande. Si l'adresse temporaire est une ressource (ex. : en itinérance, etc.), spécifier l'adresse et le nom de la ressource.
<b>Autorisation à laisser un message sur la boîte vocale</b>	<b>Il est ESSENTIEL</b> de vérifier cet aspect puisque certaines situations peuvent comporter des risques (ex. : situation de violence conjugale, non-consentement de divulguer de l'information, etc.).
<b>Capacité physique à se déplacer</b>	<p><b>Il est ESSENTIEL</b> de vérifier la capacité de l'utilisateur à se déplacer même si un réfèrent pourrait privilégier des services offerts à domicile. Des marqueurs tels que : faire son épicerie ou encore se rendre au salon de coiffure peut permettre d'explorer la capacité à se déplacer.</p> <p>Cette vérification permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>de discriminer l'orientation entre les services ambulatoires, la communauté ou le soutien à domicile;</li> <li>de cibler des besoins en matière d'aide technique.</li> </ul>

**GUIDE D'AIDE À LA COMPLÉTION**  
**Formulaire de collecte de données 62-200-633E**  
**Accueil – Analyse – Orientation – Référence (AAOR)**

<b>2.2 Médecin de famille / infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) (IPS) / Groupe de médecins de famille (GMF)</b>	
<b>Nom du GMF ou de la clinique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les patients lavallois orphelins de médecins : vérifier s'ils sont attribués à un groupe de médecine de famille (GMF).</li> <li>• Demander à l'utilisateur ou au proche le nom de la clinique et l'inscrire dans la case appropriée. L'information est disponible dans les DMÉ, si accès.</li> </ul> <p>*Un résident lavallois peut avoir une clinique attribuée dans un autre CISSS/CIUSSS. Aucun nom de médecin ne devrait alors apparaître dans ce champ.</p>
<b>2.3 Personne proche aidante de l'utilisateur ou personne-ressource</b>	
<b>Nom et prénom, téléphone, lien avec l'utilisateur et langue parlée</b>	Personne significative à contacter qui offre du soutien auprès de l'utilisateur et est en mesure de répondre aux questions le concernant (proche aidant, conjoint/ conjointe, membre de la famille qui connaît bien les besoins de l'utilisateur, etc.).
<b>Communiquer avec : l'utilisateur et/ou la personne ressource/proche aidant</b>	Il faut préciser si le CISSS de Laval peut communiquer avec seulement l'utilisateur, seulement la personne-ressource/proche-aidant ou les deux. Dans tous les cas, la section consentement et transfert d'informations est obligatoire à compléter.
<b>3- CONSENTEMENT ET TRANSFERT D'INFORMATIONS</b>	
<b>L'utilisateur ou sa personne-ressource consent à</b>	Lorsque l'utilisateur est apte, il doit avoir été informé et consentir à la collecte de données ainsi qu'à la référence et la transmission d'informations le concernant. Une ou deux cases peuvent être cochées selon le consentement autorisé.
<b>4- INFORMATIONS DU RÉFÉRENT</b>	
<b>Nom et prénom du référent</b>	Nom et prénom de la personne qui remplit le formulaire AAOR.
<b>Établissement/organisme/GMF/Partenaire</b>	Indiquer votre lieu de travail ou le nom de votre employeur, si vous êtes un référent externe au CISSS de Laval.

## GUIDE D'AIDE À LA COMPLÉTION

### Formulaire de collecte de données 62-200-633E

#### Accueil – Analyse – Orientation – Référence (AAOR)

### 5- ANALYSE DE LA DEMANDE

**Définition de l'analyse de la demande** dans le contexte AAOR qui consiste à chercher le sens et la signification à accorder aux informations recueillies. Elle permet de :

- collecter les informations relatives à la situation, aux attentes et aux forces de la personne et de son milieu, aux raisons et aux circonstances de la demande;
- circonscrire la nature des problèmes et des besoins de la personne;
- clarifier la demande;
- apprécier le degré d'urgence;
- vérifier les critères d'obtention des services;
- déterminer l'offre de service.

<b>Le besoin prioritaire de l'utilisateur ou de son proche (spécifier la nature du besoin)</b>	Inscrire la demande prioritaire telle que verbalisée par l'utilisateur. Si cela est nécessaire, approfondir dans la section 6 des éléments déclencheurs.  Il peut arriver qu'un utilisateur fasse une demande particulière (ex. : une dame souhaite une intervenante féminine pour l'aide à l'hygiène). Informer l'utilisateur que sa demande sera notée et prise en considération selon les possibilités du service.
<b>Le besoin prioritaire identifié par le référent (si le besoin est différent de celui de l'utilisateur)</b>	Inscrire le ou les besoins précis pour lesquels le référent complète la demande de service. Si cela est nécessaire, approfondir dans la section 6 des éléments déclencheurs.  <b>Ne pas inscrire :</b> Demande d'évaluation des besoins. <u>La référence vous sera retournée pour non-recevabilité.</u> Spécifier la nature des besoins constatés par le référent (chutes, difficulté avec l'hygiène, administration des médicaments, séparation, deuil, soutien, gestion des émotions, soutien parental, etc.).
<b>Identifier les facteurs de risques ou de protection</b>	Pour chacun des facteurs énoncés, indiquer s'il s'agit d'un facteur de risque (R) ou de protection (P) pour l'utilisateur. Si le facteur n'a pas été évalué ou discuté, inscrire s.o..
<b>Prestations financières ou assurances privées</b>	Indiquer si l'utilisateur reçoit des prestations d'assurances collectives, privées, de la SAAQ, CNESST, IVAC, CAVAC, prestation d'aide sociale, autres. <u>Il s'agit d'une information essentielle</u> qui peut avoir un impact sur l'accès à des services spécifiques.

**GUIDE D'AIDE À LA COMPLÉTION**  
**Formulaire de collecte de données 62-200-633E**  
**Accueil – Analyse – Orientation – Référence (AAOR)**

**8- ANTÉCÉDENTS DE SERVICES ET STRATÉGIES TENTÉES (selon la nature de la demande)**

En lien avec le besoin prioritaire : identifier et détailler les interventions et les stratégies antérieures ainsi que les résultats obtenus (fréquence, durée, intensité, etc.)

**10- CODE DE PRIORITÉ SUGGÉRÉ PAR LE RÉFÉRENT**

À compléter par le référent, selon les critères de la grille de priorisation multiclientèle du ministère (voir en annexe)

**SECTION À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT SI L'USAGER EST ÂGÉ ENTRE 0-21 ANS**

**5- LIEN AVEC LA DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (DPJ)**

**Est-ce que l'enfant a été suivi par la DPJ ?  
Si oui, est-ce que le dossier est actif actuellement ?**

Inscrire oui si l'usager a un ou des enfants ayant un dossier ouvert avec la DPJ au moment de la référence.

**4- COORDONNÉES DES PARENTS**

**Nom, prénom, lien avec l'usager et adresse**

Inscrire les coordonnées du ou des parents ayant l'autorité parentale du jeune.

**Type de garde**

Inscrire le milieu naturel si l'usager mineur habite avec son ou ses parents. Inscrire milieu substitut dans le cas contraire et spécifier le milieu (famille d'accueil, centre de réadaptation, foyer de groupe, famille élargie qui héberge l'enfant, etc.)

**Nom et prénom de la personne ayant la garde**

- Inscrire le nom des deux parents si l'autorité parentale est attribuée aux deux parents.
- Inscrire le nom de la personne ayant la garde si l'usager est dans un milieu substitut.

**Consentement et transfert d'information propre à la clientèle jeunesse**

- Les services en jeunesse sont offerts sur une base volontaire qui requiert le consentement des 2 parents, et ce, lorsque le jeune a moins de 14 ans.
- À partir de 14 ans, un jeune peut consentir seul à des soins et services, alors c'est essentiel de préciser si les parents peuvent répondre à l'appel pour lui.