

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 :			Numéro de téléphone :	
Ville :	Province :	Code postal :	Autorisation à laisser un message sur la boîte vocale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Lieu de naissance :			Disponibilité de l'usager : AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>	
Capacité à se déplacer : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez :			Langue de communication : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :	
			Besoin d'interprète : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
1.2 Intervenant pivot au dossier :			Direction / Service :	
1.3 Médecin de famille ou IPS :			Nom du GMF ou Clinique médicale :	
1.4 Personne-ressource :			Lien avec l'usager :	
			Téléphone :	

2 – INFORMATIONS DU RÉFÉRENT

Nom et prénom du référent :		Titre d'emploi :	
Direction / Service :		Établissement / Organisme / GMF :	
Téléphone :		Télécopieur :	

3 – ANALYSE DE LA DEMANDE (ou joindre l'évaluation)

3.1 Demande formulée par l'usager et identification du besoin prioritaire

--

3.2 Demande formulée par le référent

--

3.3 Éléments déclencheurs

--

3.4 Diagnostic ou hypothèse diagnostique (Joindre les rapport si disponibles)

--

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

3.5 Antécédents et stratégie d'aide antérieure selon la nature de la demande

3.6 Facteurs de risque et de protection (ex : Réseau social, chute, etc.)

3.7 Risque suicidaire Requis Non-Requis

POUR LES PERSONNES FORMÉES À INTERVENIR AUPRÈS DE LA PERSONNE SUICIDAIRE À L'AIDE DES BONNES PRATIQUES :

Estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire Cote finale : Vert Jaune Orange Rouge

SI NON FORMÉ, POSER LES 3 QUESTIONS SUIVANTES :

Est-ce que l'usager pense au suicide actuellement ? Oui Non

Est-ce que l'usager a pensé au suicide dans les 3 derniers mois ? Oui Non

A-t-il fait une tentative de suicide dans la dernière année ? Oui Non Si oui, date :

SI L'USAGER RÉPOND « OUI » À L'UNE DES QUESTIONS PRÉCÉDENTES :

L'usager envisage-t-il un plan pour le suicide (moyen, lieu, moment) ? _____

L'usager est-il intoxiqué ou présente-t-il un enjeu lié à la consommation ? _____

L'usager est-il impulsif ? _____

L'usager a-t-il un réseau sur lequel il peut compter (filet de sécurité) ? _____

4. ORIENTATION ET RÉFÉRENCE

4.1 Pistes de solution (stratégie, intervention, entente, référence effectuée, conclusion)

4.2 Priorité

Tous (sauf DI-TSA-DP) : Code 100 : P1 – Urgent (0-72 heures) Code 150 : P2 – Prioritaire (14 jours) Code 200 : P3 – Élevé (30 jours)

DI-TSA-DP : Code 100 : P1 – Urgent (0-72 heures) Code 200 : P3 – Élevé (33 jours) Code 300 : P4 – Modéré (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 du référent : _____

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 : _____ ANNÉE / mois / jour AGE : _____

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 :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Lien avec l'usager :

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 :

Type de garde :

Nom :

Prénom :