



IDENTIFICATION DE L'USAGER

No DOSSIER

NOM À LA NAISSANCE :

PRÉNOM :

SEXE : F M

ADRESSE :

CODE POSTAL :

TÉL. :

DATE NAISSANCE :

N.A.M. :

EXP. : /

Si pas NAM, préciser le statut :

COLLECTE DE DONNÉES

Accueil-Analyse-Orientation-Référence
(AAOR)

***Si 0-21 ans et si 21 à 25 ans scolarisé (à l'exception Cégep) complétez la page 4**

1 – PRÉCISEZ LE NOM DE LA PERSONNE ET LE LIEN AVEC L'USAGER AVEC QUI CE FORMULAIRE EST COMPLÉTÉ

2 – ACCUEIL ET IDENTIFICATION

2.1 Usager

Adresse temporaire (si différente de l'adresse actuelle du lieu de résidence)

Numéro Rue App. Ville Prov./Terr./État Code postal

Nom de la ressource d'hébergement si applicable :

Adresse courriel Téléphone Téléphone (autre)

Disponibilité de l'usager : AM PM Soir
Cochez toutes les disponibilités Autorisation à laisser un message sur la boîte vocale Non Oui

Langue de communication : Français Anglais
Autre : Besoin d'interprète : Non Oui

Lieu de naissance : Capacité physique à se déplacer : Non Oui
Pays, Province ou Ville Si non, précisez pourquoi ?

Nom et prénom du père : Nom et prénom de la mère :

L'usager a-t-il un ou des enfants mineur(s) ? Non Oui
Si vous avez répondu oui, est-ce qu'ils reçoivent des services du réseau de la santé et des services sociaux? Précisez :

L'usager est-il sous tutelle ou mandat de protection homologué? : Non Oui Précisez :

2.2 Médecin de famille / Infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) (IPS) / Groupe de médecins de famille (GMF)

Nom : Prénom :

Nom du GMF ou de la clinique :

2.3 Personne proche aidante de l'usager ou personne ressource :

Nom et Prénom : Téléphone :

Lien avec l'usager : Langue parlée :

Communiquer avec : L'usager La personne-ressource/proche aidant

3 – CONSENTEMENT ET TRANSFERT D'INFORMATIONS

L'usager ou sa personne ressource consent à : la collecte de données la référence et la transmission de l'information à son sujet

J'accepte que ma personne ressource réponde à l'appel pour moi Non Oui

4 – INFORMATIONS DU RÉFÉRENT

Nom et prénom du référent : Titre d'emploi :

Direction / Service (à l'interne du CISSS de Laval) : Établissement / Organisme / GMF/ Partenaire :

Adresse courriel : Téléphone : Poste : Télécopieur :

COLLECTE DE DONNÉES
Accueil-Analyse-Orientation-Référence
(AAOR)

IDENTIFICATION DE L'USAGER

No DOSSIER

NOM À LA NAISSANCE :

PRÉNOM :

SEXE : F M

ADRESSE :

CODE POSTAL :

TÉL. :

DATE NAISSANCE :

N.A.M. :

EXP. : /

Si pas NAM, préciser le statut :

5 – ANALYSE DE LA DEMANDE (OU JOINDRE L'ÉVALUATION)

Demande formulée par l'utilisateur ou son proche et identification du besoin prioritaire

Le besoin prioritaire de l'utilisateur ou de son proche (spécifier la nature du besoin) :

Besoin prioritaire identifié par le référent (si le besoin est différent de celui de l'utilisateur) :

Identifier les facteurs de risque ou de protection

	R	P	N/A		R	P	N/A		R	P	N/A
1 - Activités (engagement dans la collectivité; participation à des groupes, associations; loisirs)				7 - Communication (parlée; écrite; interprète)				13 - Gestion de la médication			
2 - Autonomie AVD (préparation repas; entretien ménager; course épicerie/pharmacie, etc.)				8 - Comportement (SCPD, agressivité; opposition; mobilisation; autogestion; impulsivité)				14 - Gestion des émotions (capable d'autorégulation; victim; isolement; insécurité)			
3 - Autonomie AVQ (alimentation; hygiène; continence, habillement)				9 - Condition de vie (revenu, logement, scolarité, situation d'itinérance, etc.)				15 - Maltraitance (physique; psychologique; financière; sexuelle; organisationnelle; âgisme; violation droits)			
4 - Capacité actuelle d'adaptation à la situation, à demander de l'aide (motivation)				10 - Dépendances (drogues, alcool, jeu, web; autre: _____)				16 - Mobilité physique (autonome; risque de chute; aide technique; alité)			
5 - Capacité financière (gestion budget; gérer les comptes)				11 - Environnement (milieu de vie sécuritaire; adapté)				17 - Nouvel arrivant (réfugié ; demandeur d'asile)			
6 - Capacités cognitives (Autonomie; Apte à la décision; TNCM; Déficience)				12 - Estime de soi (autocritique; sens responsabilité; connaissance de ses limites, débrouillardise)				18 - Réseau social (soutien social: proche-aidant, famille, amis; intervenants: CISSS ou partenaires)			
								19 - Violence conjugale			

Changement du niveau fonctionnel de base

Non

Oui

Précisez depuis combien de temps :

Prestations financières ou assurance privée :

Non

Oui

Préciser :

6 - ÉLÉMENT(S) DÉCLENCHÉUR(S) (CONTEXTE DE LA DEMANDE-POURQUOI MAINTENANT? IMPACT DANS LE QUOTIDIEN)

7 - DIAGNOSTICS PERTINENTS À LA DEMANDE OU HYPOTHÈSE DIAGNOSTIQUE (JOINDRE LES RAPPORTS OU LA DERNIÈRE NOTE CHRONOLOGIQUE SI PERTINENT)

COLLECTE DE DONNÉES
Accueil-Analyse-Orientation-Référence
(AAOR)

IDENTIFICATION DE L'USAGER

No DOSSIER

NOM À LA NAISSANCE :

PRÉNOM :

SEXE : F M

ADRESSE :

CODE POSTAL :

TÉL. :

DATE NAISSANCE :

N.A.M. :

EXP. : /

Si pas NAM, préciser le statut :

8 - ANTÉCÉDENTS DE SERVICES ET STRATÉGIES TENTÉES (SELON LA NATURE DE LA DEMANDE)

9 - DÉPISTAGE DU RISQUE SUICIDAIRE | POSER LES 3 QUESTIONS SUIVANTES | SI PRÉSENCE D'UN DIAGNOSTIC DE DI-TSA, VEUILLEZ COCHER

1. Est-ce que l'utilisateur pense au suicide actuellement ? Non Oui

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

3. A-t-il fait une tentative de suicide dans la dernière année ? Non Oui

(Date de la tentative de suicide) :

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

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

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

L'utilisateur est-il impulsif ?

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

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

10 - CODE DE PRIORITÉ SUGGÉRÉ PAR LE RÉFÉRENT :

P1 (<2 jours)

P2 (<10 jours)

P3 (< 30 jours)

P4 (< 90 jours)

Signature du référent : _____

Date : _____

COLLECTE DE DONNÉES
Accueil-Analyse-Orientation-Référence
(AAOR)

IDENTIFICATION DE L'USAGER

No DOSSIER

NOM À LA NAISSANCE :

PRÉNOM :

SEXE : F M

ADRESSE :

CODE POSTAL :

TÉL. :

DATE NAISSANCE :

N.A.M. :

EXP. : /

Si pas NAM, préciser le statut :

À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT SI L'USAGER EST ÂGÉ ENTRE 0 ET 21 ANS OU 21 ET 25 ANS ET SCOLARISÉ (À L'EXCEPTION CÉGEP)

1 – MILIEU DE GARDE

Fréquentation

Non

Oui

Nom de la garderie :

2 – FRÉQUENTATION SCOLAIRE

Fréquentation scolaire

Non

Oui

Nom de l'école (obligatoire) :

3 – LIEN AVEC LA DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (DPJ)

Est-ce que l'enfant a été suivi par la DPJ ?

Non

Oui

Si oui, est-ce que le dossier est actif actuellement ?

Non

Oui

4 – COORDONNÉES DES PARENTS

Nom et Prénom du parent :

Nom :

Prénom :

Lien avec l'utilisateur :

Adresse (si différente de l'adresse principale de l'utilisateur)

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone :

poste :

Téléphone (autre) :

Type de garde :

Nom et Prénom du parent :

Nom :

Prénom :

Lien avec l'utilisateur :

Adresse (si différente de l'adresse principale de l'utilisateur)

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone :

poste :

Téléphone (autre) :

Nom de et prénom la personne ayant la garde :

5 - CONSENTEMENT ET TRANSFERT D'INFORMATION PROPRE À LA CLIENTÈLE JEUNESSE

J'accepte que mon parent, tuteur légal réponde à l'appel pour moi (14 ans et plus)

Non

Oui

Le consentement des deux parents est obtenu

Non

Oui

Non applicable

 Pour bien traiter la demande, nous comptons sur votre collaboration pour bien compléter le formulaire. Dans le cas contraire, toute demande incomplète sera retournée au référent.