**Formulaire de références**

**1. Identification de la personne**

Nom et prénom : Cliquez ici pour taper du texte.

Date de naissance : Cliquez ici pour taper du texte. Âge : Cliquez ici pour taper du texte.

Sexe :  Homme  Femme

Adresse : Cliquez ici pour taper du texte.

Code postal : Cliquez ici pour taper du texte.

Tél. domicile : Cliquez ici pour taper du texte. Tél. cellulaire : Cliquez ici pour taper du texte.

La personne vit dans :  Appartement  Maison

Appartement adapté  Autre : Cliquez ici pour taper du texte.

La personne possède-t-elle un moyen de transport?  Oui  Non

Si oui, par quel moyen? Cliquez ici pour taper du texte.

La personne est référée sur une base volontaire :  Oui  Non

Diagnostic de la personne (si connu) : Cliquez ici pour taper du texte.

Médication actuelle : Cliquez ici pour taper du texte. Posologie : Cliquez ici pour taper du texte.

Médication antérieure : Cliquez ici pour taper du texte. Posologie : Cliquez ici pour taper du texte.

Médecin actuel : Cliquez ici pour taper du texte.

Diagnostic de déficience intellectuelle ?  Oui  Non

**2. Antécédents**

Hospitalisation antérieure :  Oui  Non

Durée du séjour : Cliquez ici pour taper du texte.

Dans quel hôpital : Cliquez ici pour taper du texte.

La cause de l’hospitalisation : Cliquez ici pour taper du texte.

**3. Services actuels de la personne**

Médecin : Cliquez ici pour taper du texte.

Travailleur social : Cliquez ici pour taper du texte.

Psychiatre : Cliquez ici pour taper du texte.

Infirmier/Soutien à domicile : Cliquez ici pour taper du texte.

Membre de la famille/Réseau social : Cliquez ici pour taper du texte.

CRDI (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle : Cliquez ici pour taper du texte.

Recevez-vous les services d’Entrée Chez Soi ? Cliquez ici pour taper du texte.

Autre : Cliquez ici pour taper du texte.

**4. Conditions associées à la maladie mentale**

Agressivité ou agitation :  Oui  Non Drogue :  Oui  Non Alcoolisme :  Oui  Non

Idées suicidaires :  Oui  Non Jeu :  Oui  Non

Si la personne a des idées suicidaires, celle-ci représente-t-elle un risque pour elle-même ou pour autrui?

Cliquez ici pour taper du texte.

Risque de dangerosité (risque suicidaire) :  Grave et immédiat  Grave et à court terme  Faible ou Absent

**5. Santé mentale et problématique sociale**

**Santé mentale**

Anxiété : inquiétude, idées obsessionnelles, compulsion, peur phobie, panique, évitement.

Humeur : sentiment de désespoir, irritabilité, colère, agressivité, dépression, tristesse, culpabilité, instabilité émotionnelle.

Attention : inattention, distraction, oubli.

Activité : ne peut rester en place, parle excessivement, répond vite, impulsivité, conduite imprudente.

Conduite : mensonges fréquents, opposition, vol, automutilation, fugue, abus de substances.

Pensée : cauchemars, dépréciation de soi, surestimation de soi, idées bizarres, idéations suicidaires, hallucinations, souvenirs traumatiques.

Facultés : problème de perception, difficulté à comprendre, à s'exprimer, à se souvenir.

Autres : alimentation, sommeil, énurésie, encoprésie, tic, désorientation, sexualité.

A déjà été victime de : inceste, agression sexuelle, agression physique, négligence, intimidation.

**Problématique sociale**

Parmi les sphères ci-dessous, cochez celle(s) qui peuvent être problématique(s) pour la personne.

Lieu de vie; maison, appartement, appartement adapté ou supervisé  Alimentation

Entretien au ménage, tâches ménagères, propreté  Santé psychique

Fréquentation des lieux publics; restaurants, marché, etc.  Santé physique

Relations sentimentales, relation amoureuse  Travail, emploi

Connaissances et amitié  Traitement

Tâches administratives  Enfants

Déplacement; transport  Famille

Hygiène personnelle; se laver, etc.  Sexualité

Dépendance; drogue, alcool, jeu  Droit et justice

Spiritualité et croyances religieuses  Temps libre; passe-temps, loisirs

Finances et budget $

**6. Types de suivis pouvant être offerts à la personne référée**

**PARTICIPATION SOCIALE**

Ateliers de croissance personnelle qui visent à changer les perceptions, acquérir un langage et un regard sur soi positif ainsi que la prise de pouvoir sur sa vie.

**INSERTION SOCIALE**

Ateliers de groupe fermé (5-6 participants) qui veulent mener à terme un projet personnel afin d’améliorer le pouvoir sur leur vie et sa qualité.

**INSERTION TRAVAIL/ÉTUDES**

Suivi individuel avec un plan d’intervention axé sur le retour au travail ou le retour aux études basé sur l’approche par les forces.

**MAINTIEN À L’EMPLOI/ÉTUDES**

Suivi individuel avec un plan d’intervention afin d’outiller le participant avec la gestion de ses symptômes.

**7. Fiche réservée à l’Association d’entraide en santé mentale L'Éveil de Brome-Missisquoi**

Référence :  Acceptée  Refusée

Raison(s) :

Intervenant(e) en charge du dossier de la personne :

Dossier partagé :  Oui  Non

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Signature de l'intervenant(e) Date

**Autorisation d'échange d'information**

J'autorise \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à obtenir des renseignements verbaux et/ou écrits provenant de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

J'autorise \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à obtenir des renseignements verbaux et/ou écrits provenant du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Cette autorisation est valide pour une durée de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ jours.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de l'usager/personne autorisée Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du témoin Date