**Formulaire de références**

**1. Identification de la personne**

Nom et prénom : 

Date de naissance : Âge :  Sexe : Homme Femme

Adresse :  Code postal : 

Tél. domicile :  Tél. cellulaire : 

La personne vit dans : Appartement Maison

Appartement adapté Autre : 

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

Si oui, par quel moyen? 

La personne est référée sur une base volontaire : Oui Non

Diagnostic de la personne (si connu) : 

Médication actuelle :  Posologie : 

Médication antérieure :  Posologie : 

Médecin actuel : 

Diagnostic de déficience intellectuelle ? Oui Non

Diagnostic autre : 

**2. Antécédents**

Hospitalisation antérieure :  Oui  Non

Durée du séjour : Dans quel hôpital : 

La cause de l’hospitalisation : 

**3. Services actuels de la personne**

Médecin :  Travailleur social :  Psychiatre :  Infirmier/Soutien à domicile : 

Membre de la famille/Réseau social : 

CRDI (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle : 

Recevez-vous les services d’Entrée Chez Soi ?  Oui Non Autre : 

**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?



Risque de dangerosité :  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 $

Commentaires ou autres :



**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**

En raison de différents facteurs personnels actuels (ex.: début de processus de rétablissement), la personne souhaite développer son autonomie et ses capacités, avoir des contacts sociaux, faire du bénévolat et participer à des activités variées dans la communauté



**INSERTION ET MAINTIEN AU TRAVAIL**

Le suivi individualisé pour l’insertion et/ou maintien au travail est offert pour des personnes vivant ou à risque de vivre des difficultés personnelles ou de la détresse psychologique pouvant influencer l’intégration ou le maintien dans le cadre de leur travail



**INSERTION ET MAINTIEN AUX ÉTUDES**

Le soutien scolaire en santé mentale a pour but d’offrir assistance, préparation et soutien continu à des personnes vivant des difficultés personnelles ou de la détresse psychologique tout au long de leur parcours scolaire.



**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

