



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, compulsions, peur, phobie, panique, évitement.
- Humeur : sentiment de désespoir, violence verbale, 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, capacité d'introspection limitée, faible motivation à changer, 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.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lieu de vie; maison, appartement, appartement adapté ou supervisé | <input type="checkbox"/> Alimentation |
| <input type="checkbox"/> Entretien au ménage, tâches ménagères, propreté | <input type="checkbox"/> Santé psychique |
| <input type="checkbox"/> Fréquentation des lieux publics; restaurants, marché, etc. | <input type="checkbox"/> Santé physique |
| <input type="checkbox"/> Relations sentimentales, relation amoureuse | <input type="checkbox"/> Travail, emploi |
| <input type="checkbox"/> Connaissances et amitié | <input type="checkbox"/> Traitement |
| <input type="checkbox"/> Tâches administratives | <input type="checkbox"/> Enfants |
| <input type="checkbox"/> Déplacement; transport | <input type="checkbox"/> Famille |
| <input type="checkbox"/> Hygiène personnelle; se laver, etc. | <input type="checkbox"/> Sexualité |
| <input type="checkbox"/> Dépendance; drogue, alcool, jeu | <input type="checkbox"/> Droit et justice |
| <input type="checkbox"/> Spiritualité et croyances religieuses | <input type="checkbox"/> Temps libre; passe-temps, loisirs |
| <input type="checkbox"/> Finances et budget \$ | |
| <input type="checkbox"/> Gestion de la médication | |

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.

SOUTIEN LÉGER (SBNI) – MAINTIEN/CONSOLIDATION DES ACQUIS

Aide et accompagnement occasionnel (ex : rendez-vous changement de médication). Maintien des acquis AVD/AVQ. Prévention des rechutes lors de situations de crises psychosociales (dépendances, perte d'emploi, rupture amoureuse, etc.). Soutien ponctuel pour le maintien d'activités de vie significatives (loisirs, bénévolat, travail, études). Support occasionnel pour l'actualisation de projet de vie. Support et maintien du réseau social et au maintien des liens avec les proches. Participation à des ateliers de rétablissement offerts par un pair aidant certifié en santé mentale.



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'utilisateur/personne autorisée

Date

Signature du témoin

Date

Informations sur le (la) référent (e)

Nom et prénom :

Titre

Établissement

Numéro de téléphone et poste