

Demande d'admission

Date de l'évaluation :

référence faite par:

Nom :

Date de naissance :

Adresse :

Tel. :

Numéro à contacter en cas d'urgence :

Statut social:

Scolarité :

En arrêt de travail :

Si oui, depuis quand :

Emploi, expériences de travail depuis 5 ans :

Source de revenu :

si aide social numéro de dossier :

Avez-vous votre prescription médicale :

Numéro d'assurance maladie :

Expiration :

Noms des professionnels :

1) psychiatre :

téléphone :

Depuis quand:

2) médecin famille :

téléphone :

3)Autres

téléphone :

1) Situation actuelle (difficultés exprimées par la personne, la compréhension de sa problématique actuelle :

Êtes-vous capables de me nommer les éléments qui ont contribué à votre problématique:

Nommez-moi dans vos mots les difficultés que vous vivez actuellement:

2) Impacts fonctionnels

AVD (hygiène, alimentation, etc.) :

AVQ (cuisine, ménage, lessive) :

3) Rythmes de base

Présentement, comment est votre sommeil :

Par rapport à votre normal, comment est votre appétit :

Faites-vous de l'exercice :

À quelle fréquence :

4) Histoires familiales et sociale

Composition (parents, sœurs, frères)(rang dans la famille):

Lien avec la famille d'origine :

Antécédents familiaux (problématiques de santé mental) :

Relations familiales et conjugales (conjoint, enfants) :

Réseau social (description, état, utilisation, satisfaction, isolement, etc.) :

5) Historique psychiatrique

Avez-vous déjà été hospitalisé en psychiatrie :

Si oui : quand, combien de fois et où :

Motif d'hospitalisation en psychiatrie :

Avez-vous un diagnostic en santé mental?
Lequel (axe 2 à vérifier:)

6) Potentiel de dangerosité suicidaire :

Avez-vous déjà fait une tentative de suicide :

Si oui, combien :

Quand :

Quel moyen aviez-vous choisi:

Éléments à risque (comportements à risque):

Geste(s) para-suicidaire(s)

Le ou lesquels:

Urgence suicidaire (dans les 48 heures)

Avez-vous actuellement des idéations suicidaires :

Avez-vous un plan précis :

Si oui, lequel :

Cote au moment de l'évaluation selon la grille du CPS:

Commentaires (facteurs de protection)

7) Médication pour l'humeur consommé actuellement (compréhension)

8) santé physique

Avez-vous des problèmes de santé physique connue (asthme, arthrose, diabète) :

Si oui lesquels :

Avez-vous des allergies : Lesquelles :

Avez-vous un épipen :

9) Autres renseignements pertinents

Avez-vous déjà eu une dépendance aux drogues et/ou à l'alcool :

Si oui, quelle substance:

Est-ce que vous consommez présentement:

Si oui, quelle substance et à quelle fréquence:

Avez-vous déjà été victime d'acte criminel :

Si oui, le ou lesquels et en quelle année?

Avez-vous des antécédents judiciaires :

Si oui, le ou lesquels et en quelle année?

Idéation hétéro-agressive (En voulez-vous à quelqu'un ou à quelque chose ?) Comment vivez vous votre colère ?):

Avez-vous déjà été victime de violence conjugale

Si oui, quels types de violence:

Avez-vous déjà été victime d'abus:

Si oui, quels types d'abus:

8) Motivation

Quelles stratégies avez-vous déjà utilisées pour augmenter votre mieux être:

Résultats obtenus :

Avez-vous déjà fait une thérapie :

Si oui laquelle et pendant combien de temps:

Quelles sont vos attentes en ce qui concerne l'aide que le Centre peut vous apporter :

9) ressources personnelles

Quelles sont vos qualités et/ou forces:

Quels sont vos intérêts:

Avez-vous votre certificat de naissance :

Si non, la personne est avertie qu'elle doit en faire la demande

Commentaires et appréciations de l'évaluateur (collaboration, attitude, décision, justifications et références)

Informations supplémentaires (avec professionnels) :

Signature de l'intervenant(e) :