Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

MOCLI60163

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ (aaaa/mm/jj) ☐ F ☐ M

NAM : _____ Exp. _____ (aaaa/mm)

Nom, prénom de la mère : _____

Installation : _____

ÉVALUATION EN SANTÉ MENTALE
INFIRMIÈRE DE LIAISON À L'URGENCE

MODE D'ARRIVÉE

Date : aaaa/mm/jj Heure : hh:mm

Accompagnateur : ☐ Oui ☐ Non Préciser le lien : _____

☐ Police ☐ Ambulance ☐ P-38.001 appliquée ☐ Garde préventive : aaaa/mm/jj hh:mm

IDENTIFICATION ET RAISON DE CONSULTATION

Identification : _____

Langue de communication : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : _____ Interprète : _____

Milieu de vie/Personne(s) à charge : _____

Occupation(s) : _____

Référé par : _____

Raison(s) de consultation : _____

ANTÉCÉDENTS ET SUIVIS

Antécédents et suivis santé physique : _____

Médecin de famille : _____ Lieu de pratique : _____

☐ Inscrit à un groupe de médecine de famille À quel endroit : _____

☐ Inscrit au guichet d'accès à un médecin de famille

Antécédents (personnels et familiaux) et suivis santé mentale : _____

Antécédents et suivis dépendance : _____

Antécédents judiciaires : _____

HABITUDES DE VIE

Alcool : _____

Drogue(s) : _____

Produit(s) tabagique(s) : _____

Boisson(s) énergisante(s) : _____

Caféine/boisson(s) gazeuse(s) : _____

Jeu(x) de hasard et d'argent/Utilisation problématique d'internet : _____

Dépistage toxicologique : ☐ Oui ☐ Non _____

Autre(s) : _____

Nom, prénom : #Dossier :

HISTOIRE

Histoire personnelle de vie (facteurs précipitants et prédisposants) et histoire de maladie actuelle (laboratoires anormaux) :

MÉDICATION

Prise(s)/suivi injectable/perception(s) de l'usager/effets(s) secondaire(s) :

SYMPTÔMES

Sommeil :

Appétit :

Agressivité :

Anxiété :

Symptômes dépressifs :

Symptômes psychotiques :

Symptômes cognitifs :

Changements significatifs dans AVQ/AVD :

Nom, prénom : #Dossier :

DANGEROSITÉ ENVERS SOI-MÊME OU AUTRUI

Antécédents (tentative suicidaire, auto-agressivité (ex. automutilation), hétéro-agressivité, etc.)

Spécifier quand, où, comment, moyen, contexte, facteurs contributoires/aggravants, perception(s) :

Idées suicidaires récentes :

→ Se référer au document PRO-10237-Prévention du suicide Annexe E

☐ Repérage effectué et résultat : Date : aaaa/mm/jj

Se référer au CLI-60436 et/ou aux notes au dossier pour les informations complètes sur le repérage du risque suicidaire

☐ Estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, si repérage positif

Cote de couleur de l'estimation finale : Date : aaaa/mm/jj

Se référer au CLI-60242 et/ou aux notes au dossier pour les informations complètes sur l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

Auto-agressivité récente (ex. automutilation) :

Hétéro-agressivité récente :

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Personne(s) significatives(s) / Perception(s) et inquiétude(s) des proches :

Autres :

ANALYSE

INTERVENTIONS ET ORIENTATION

Évaluation discutée avec :

Signature de l'infirmière : Date : aaaa/mm/jj