



MOCLI60747

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

COLLECTE DE DONNÉES – SERVICE DE PROXIMITÉ EN TRAITEMENT AGONISTE AUX OPIOÏDES

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Date de la demande de service : _____
aaaa/mm/jj

Première démarche au CRD : ☐ Oui ☐ Non

Précisez la date de la dernière démarche : _____
aaaa/mm/jj

Êtes-vous référé par un organisme communautaire : ☐ Oui ☐ Non Précisez : _____

Numéro de téléphone pour vous rejoindre le plus facilement : _____

CONDITIONS DE VIE

Actuellement sans domicile fixe : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez depuis combien de temps et l'endroit où dort la personne : _____

Si non, précisez le lieu d'hébergement : _____

Comment les besoins de base sont-ils comblés (alimentation, tenue vestimentaire, hygiène)? : _____

Quelles sont les sources de revenus actuelles de la personne (*chômage, invalidité, travail, quête, activité illicite, etc.*) : _____

DÉMARCHES ET SOUTIEN

Actuellement suivi par une équipe? ☐ Oui ☐ Non

☐ Organisme communautaire ☐ Médecine de proximité ☐ Service de proximité en dépendance ☐ Médecin traitant

☐ CLSC ☐ SIDEPE ☐ TAO ☐ Suivi adapté en santé mentale ☐ Autres : _____

Nom et coordonnées de vos intervenants : _____

Soutien de l'entourage? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, inscrivez le nom des personnes en soutien : _____

☐ Autorisation verbale de l'utilisateur de communiquer avec l'équipe ou la personne suivante : _____

Carte RAMQ : ☐ Valide ☐ Expirée ☐ Perdue

☐ Démarches pour renouvellement de carte RAMQ à faire : ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

Préciser : _____

Certificat de naissance : ☐ Disponible ☐ Perdu ☐ À faire venir

ADMISSIBILITÉ AU TRAITEMENT AGONISTE AUX OPIOÏDES (TAO)

Est-ce qu'il y a consommation d'opioïdes? ☐ Oui ☐ Non* * Passez à la section autre consommation

Depuis combien d'années? _____ Date de la dernière prise _____
aaaa/mm/jj

Provenance : ☐ Marché illicite ☐ Prescription médicale ☐ En ligne

Précisez : _____

ADMISSIBILITÉ AU TRAITEMENT AGONISTE AUX OPIOÏDES (TAO) (Suite)

Lieu de consommation (rue, abri, parc, logement, etc.) : _____

Quels sont les opioïdes consommés régulièrement? _____

Quantité consommée par jour : _____

Mode de consommation : ☐ Oral ☐ Nasal ☐ Fumé ☐ Injecté ☐ Transdermique ☐ Intrarectal

Partage de matériel de consommation ? ☐ Oui ☐ Non

Présence de symptômes de sevrage à l'arrêt : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : _____

Antécédent de surdose aux opioïdes? ☐ Oui ☐ Non

Précisez la date du dernier épisode et les interventions faites : _____

Actuellement, reçoit un traitement agoniste aux opioïdes (TAO)? ☐ Oui ☐ Non

Précisez la molécule et le lieu du suivi : _____

Objectifs visés en lien avec le traitement TAO? : _____

AUTRE CONSOMMATION

Consommation d'autres substances incluant l'alcool ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez (sorte, quantité, date de la dernière consommation) : _____

REPÉRAGE DU RISQUE SUICIDAIRE ET HOMICIDAIRE

Indices de vulnérabilité au suicide détectées : _____

Réponses aux questions du repérage suicidaire : _____

Résultat : ☐ Positif* ☐ Négatif

Actions effectuées : _____

*Si résultat positif, se référer au document PRO-10234-Prévention du suicide-Annexe E

Avez-vous des idées homicidaires actuellement : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, Précisez : _____

Si oui à cette question, compléter *Rapport d'estimation et de gestion du risque d'homicide (AH-619)* ou référer l'utilisateur à une *personne habilitée*.

ENSEIGNEMENT ET REMISE DE MATÉRIEL DE CONSOMMATION À MOINDRES RISQUES

Enseignement	Remise de matériel
☐ Centre d'accès à du matériel d'injection (CAMI) ☐ Inhalation à moindres risques ☐ Injection à moindres risques ☐ Consommation intranasale à moindres risques	☐ Trousse de matériel pour l'injection ☐ Condoms ☐ Trousse de matériel d'inhalation ☐ Trousse de matériel intranasale ☐ Trousse de naloxone ☐ Autre : _____

ORIENTATION

Après discussion clinique, personne retenue pour le service de proximité en TAO: ☐ Oui ☐ Non

Si non, précisez et indiquez l'endroit où sera orienté l'utilisateur : _____

Est-ce que l'utilisateur accepte l'orientation? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, date du premier rendez-vous : aaaa/mm/jj

Signature et titre : _____

Date : aaaa/mm/jj hh:mm