



MOCLI60793

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

**COLLECTE DE DONNÉES
CLINIQUE DE PSYCHIATRIE EN DI-TSA**

PARTIE 1 (à compléter à la réception de la demande de consultation en psychiatre)

Date de la demande de consultation : _____
Provenance de la demande de consultation : _____
Motif de la demande de consultation : _____
Âge de l'usager, le jour de la demande de consultation : _____
Suivi actif actuellement dans un programme en DI-TSA : ☐ Oui ☐ Non
Programme DI-TSA qui offre les services : ☐ TC-TGC/Nexus ☐ DI 7 ans et + ☐ TSA 7 ans et + ☐ PSIT ☐ DIS-DIP
☐ Autre : _____
Date de début des services : _____
Type de résidence de l'usager : ☐ Milieu familial ☐ Appartement autonome ☐ RAC ☐ RI ☐ RTF
☐ Autre : _____
Depuis quand : _____
Adresse : _____
Nom et prénom de l'intervenant pivot : _____
Discussion avec l'intervenant pivot sur la demande de consultation : ☐ Oui ☐ Non
Formulaire AH-216 Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier est complété : ☐ Oui ☐ Non
Commentaires ou autres informations : _____

Usager correspond aux critères de prise en charge par la clinique de psychiatrie :
☐ Oui, compléter la partie 2
☐ Non, justifier : _____

Signature : _____ Date : _____

PARTIE 2 (à compléter avec l'intervenant pivot et le dossier de l'usager)

Diagnostic (s) : ☐ DI ☐ TSA ☐ TDAH ☐ Épilepsie ☐ Autre : _____
Antécédents médicaux : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
Chirurgie(s) antérieure(s) : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
Allergie (s) : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
Intolérance (s) : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
Régime de protection ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
Nom du représentant : _____ ☐ S/O
Lien avec l'usager : _____
Adresse du représentant : _____ Numéro de téléphone : _____
Mode de communication : ☐ Verbal ☐ Non-verbal ☐ Pictogramme/Photo ☐ Langage des signes ☐ Autre : _____
Langue de communication : ☐ Français ☐ Anglais ☐ S/O ☐ Autre : _____
Mode de déplacement : ☐ Sur pied ☐ Fauteuil roulant ☐ Canne/marchette ☐ Autre : _____
Antécédent de chute dans la dernière année : ☐ Oui ☐ Non Préciser le nombre (approx): _____
☐ Impression du profil pharmacologique au DSQ fait
Nom et coordonnées de la pharmacie : _____
Difficulté chez usager à prendre sa médication ? ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
Refus de prendre de la médication chez l'usager à l'occasion ? ☐ Oui ☐ Non
Commentaires : _____

PARTIE 2 (suite)

Présence au dossier : ☐ Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) Date du dernier PII : _____
☐ Plan intervention disciplinaire (PID) Date du dernier PID : _____
☐ Plan de service individualisé (PSI) Date du dernier PSI : _____

Si présence d'un PII, quel est le projet personnel de réadaptation : _____

Nom et prénom du médecin de famille : _____ ☐ Aucun

Coordonnée du médecin de famille : _____

Date du dernier suivi : _____

Prochain rendez-vous prévu : ☐ Oui ☐ Non Date: _____

Médecin (s) spécialiste (s) et professionnel (s) au dossier :

Nom et prénom	Spécialité	Coordonnée	Date du dernier suivi

Commentaires : _____

Services offerts par le CSLC : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Nombre d'hospitalisation ou de visite à l'urgence au cours de la dernière année : _____

Raison de la dernière hospitalisation ou visite à l'urgence : _____

Habitudes de vie et dépendances ☐ S/O

Consommation	Type	Quantité par Jour/Fréquence	Commentaires
Alcool (s)			
Drogue (s)			
Tabac			
Boisson énergisante			
Caféine/boisson gazeuse			
Autre :			

Nom et prénom des parents : _____

Relation entre les parents ☐ En couple ☐ Séparé/Divorcé ☐ Autre : _____

Niveau d'implication des parents dans la vie/soins de l'utilisateur : _____

Enjeux ou inquiétudes provenant des parents : _____

Volet psycholégal

Dernière date de comparution au Tribunal administratif du Québec (TAQ): _____ ☐ S/O

Date de fin de l'ordonnance d'hébergement : _____ ☐ S/O

Date de la fin de l'ordonnance de traitement : _____ ☐ S/O

Antécédents judiciaires : ☐ Oui ☐ Non

Commentaires: _____

Sphère occupationnelle

Type d'activité	Fréquence : (heure/semaine ou jours/semaine)	Fonctionnement actuel de l'utilisateur dans ce type de milieu
☐ Bénévolat : _____		☐ Adéquat ☐ Non adéquat
☐ Emploi/Plateau de travail : _____		☐ Adéquat ☐ Non adéquat
☐ Centre d'activité (CA) : _____		☐ Adéquat ☐ Non adéquat
☐ Organisme communautaire/Club social : _____		☐ Adéquat ☐ Non adéquat
☐ Camp de jour/répét : _____		☐ Adéquat ☐ Non adéquat
☐ Passe-temps/Loisir : _____		☐ Adéquat ☐ Non adéquat

Commentaires : _____

Fréquentation milieu scolaire : ☐ Oui ☐ Non Nom de l'école: _____

Services offerts à l'école: _____

PARTIE 2 (suite)

Problématiques	
Sommeil	☐ Difficulté d'endormissement ☐ Éveils fréquents ☐ Réveil précoce ☐ Impression de ne pas dormir ☐ Fatigue au réveil ☐ Somnolence diurne ☐ Apnée du sommeil ☐ Aucun problème de sommeil Commentaires : _____
Alimentation	Appétit : ☐ Augmenté ☐ Diminué ☐ Normal Poids : _____ ☐ KG ☐ lb ☐ Réel ☐ Estimé Date de la dernière pesée : _____ ☐ Augmenté ☐ Diminué ☐ Stable Diète : _____ Rigidité alimentaire : ☐ Oui ☐ Non Laquelle : _____
Présence de trouble physique	☐ Oui ☐ Non Commentaire : _____
Présence d'agressivité/impulsivité	☐ Oui ☐ Non Quelle est la fréquence/intensité : _____ Commentaire : _____
Présence d'anxiété	☐ Oui ☐ Non Commentaire : _____
Présence de symptômes dépressifs	☐ Oui ☐ Non Commentaire : _____
Présence de symptômes maniaques	☐ Oui ☐ Non Commentaire : _____
Présence de symptômes psychotiques	☐ Oui ☐ Non Commentaire : _____
Symptômes cognitifs	Orienté selon les 3 sphères ☐ Oui ☐ Non Présence de perte de mémoire ☐ Oui ☐ Non Commentaire : _____
Comportement de type PICA	☐ Oui ☐ Non Quelle est la fréquence : _____ Commentaire : _____
Comportement stéréotypé	☐ Oui ☐ Non Commentaire : _____
Comportement sexuel inapproprié	☐ Oui ☐ Non Quelle est la fréquence/intensité : _____ Commentaire : _____
Comportement d'automutilation	☐ Oui ☐ Non Quelle est la fréquence/intensité : _____ Commentaire : _____
Comportement obsessionnel-compulsif	☐ Oui ☐ Non Commentaire : _____
Antécédents tentative de suicide/idées suicidaires	Indices de vulnérabilité au suicide détectés : _____ Réponses aux questions du repérage suicidaire : _____ Résultat du repérage du risque suicidaire : ☐ Positif ☐ Négatif Actions effectuées à la suite au repérage positif : _____ <i>Se référer au document PRO-10237-Prévention du suicide Annexe E : ☐ Oui ☐ Non</i>

#Dossier :

PARTIE 2 (suite)

Priorisation du dossier : ☐ P1 ☐ P2 ☐ P3

Informations supplémentaires

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is a vertical margin line on the left side, creating a narrow left margin. The paper appears to be from a notebook or a standard sheet of stationery.

Recommendations

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Date : _____