

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

COLLECTE DE DONNÉES - TRIAGE POUR LE PROGRAMME PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

RENSEIGNEMENTS SUR L'USAGER	
Langues parlées :	☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : _____
Adresse :	_____ ☐ SDF
Personne à contacter si urgence :	_____ Lien : _____ Tél. : _____

PROVENANCE DE LA RÉFÉRENCE ET SERVICES IMPLIQUÉS	
Provenance de la référence	Nom du référent : _____ Lien (intervenant, proche) : _____ Tél. : _____ Motif : _____

Symptômes - intensité et fréquence (*Si 1, 2 ou 3 sont présents, la référence est retenue)	OUI	NON
Changement de perception (hallucinations)? Si oui, précisez : _____	☐ *	☐
Idées délirantes ou méfiance exagérée? Si oui, précisez : _____	☐ *	☐
Désorganisation de la pensée? Si oui, précisez : _____	☐ *	☐
Troubles cognitifs? Si oui, précisez : _____	☐	☐
Changement au niveau des émotions? Si oui, précisez : _____	☐	☐
Anhédonie? Si oui, précisez : _____	☐	☐
Changements de comportement? Si oui, précisez : _____	☐	☐
Changements sociaux? Si oui, précisez : _____	☐	☐
Autre : Si oui, précisez : _____	☐	☐

LES ANTÉCÉDENTS	OUI	NON
Suivis antérieurs avec un professionnel en santé mentale et / ou un psychiatre? Si oui, où, quand et pendant combien de temps? Pour quel diagnostic? _____	☐	☐
Prise d'une médication en santé mentale? Si oui, laquelle et pendant combien de temps? Pour quel diagnostic? _____	☐	☐
Hospitalisation antérieure pour un problème de santé mentale? Si oui, où, quand et pendant combien de temps? Pour quel diagnostic? _____	☐	☐

Nom :

Prénom :

#Dossier :

FONCTIONNEMENT ET URGENCE D'INTERVENIR		OUI	NON
Détérioration au plan du fonctionnement (travail, école, loisirs)? Si oui, précisez les changements observés et depuis quand : _____		☐	☐
Absence de proche (réseau de soutien)? Si oui, précisez : _____		☐	☐
Diminution ou une perte de revenu ? Si oui, précisez : _____		☐	☐
Incapacité (s) à prendre soin de soi ? Si oui, précisez : _____		☐	☐
Risque d'itinérance? Si oui, précisez (couch-surfing, conflit avec les parents): _____		☐	☐
Idées suicidaires ou tentatives? Si oui, investigation du risque suicidaire et GEDPAS au besoin.		☐	☐
Pensées d'homicide ? Dans l'affirmative, vérifiez le risque d'homicide.		☐	☐
Potentiel d'agressivité ? Si oui, précisez : _____		☐	☐
CONSOMMATION DE SUBSTANCES			
Substance	Date dernière consommation	Commentaires	

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (incluant les démarches effectuées et les personnes contactées)

ANALYSE

☐ Référence retenue	☐ Référence refusée
Date de l'évaluation psychiatrique : _____ aaaa/mm/jj	Motif du refus :
Intervenant-pivot assigné :	Réorienté vers :

Nom de l'intervenant : _____ Date du triage : _____
aaaa/mm/jj

Signature et titre professionnel : _____

- ☐ Équipe PEP Valleyfield, Vaudreuil-Soulanges & Haut-St-Laurent
☐ Équipe PEP Châteauguay