**Bilan psychosocial**

«Confidentiel ⎯ ce formulaire doit toujours être sauvegardé sur un réseau sécurisé   
accessible uniquement par le personnel financé par Ryan White.»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du client: |  | | Client Nº: |  | | Initiales du RD: | |  | | Date: | /    / |
| Bilan initial  Nouveau bilan | | | |  | Date du bilan initial: | | | | | | /    / |
| Type d’assurance: | |  | | Prestataire médical: | | |  | | | | |
| Depuis l’admission: Revenu? $ | |  | | Numéro de sécurité sociale: | | | | |  | | |

### Avant le bilan, s’assurer que le client a été informé: du but du bilan, de la possibilité de faire des pauses, de sauter les questions pouvant être gênantes, des lois sur les signalements obligatoires et du respect de la confidentialité.

### Mode de vie

Au sujet de votre mode de vie actuel ou situation de logement.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logé de façon permanente *(préciser)*: | |  |
| Logé de façon temporaire *(préciser)*: | |  |
| Instabilité *(préciser)*: | | |
| **Observations:** | |
| **Plan:** | |

**Besoins essentiels *(cocher si nécessaire)***

Au sujet de vos besoins essentiels

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nourriture  Au cours des 12 derniers mois:  Avez-vous eu peur de manquer de nourriture avant d’avoir de l’argent pour en acheter plus?  Souvent  Parfois  Jamais  La nourriture que vous avez achetée n’a pas duré et vous n’aviez pas d’argent pour en acheter plus?  Souvent  Parfois  Jamais  Recevez-vous des bons alimentaires (SNAP)?  Non  Oui  Si «Non», pouvez-vous bénéficier des bons alimentaires (SNAP)?  Non  Oui  Incertain(e)  Habillement  Services publics de base  Transport *(non médical)*  Garde d’enfant  Articles personnels *(nettoyage, articles pour animaux, etc.)*  Autres besoins essentiels:   |  | | --- | | **Observations:** | | **Plan:** | |
| **Budget**  Parvenez-vous à faire face à vos dépenses mensuelles? |

| **Revenus** *(depuis l’admission)* | **Montant mensuel** | **Dépenses** | **Montant mensuel** |
| --- | --- | --- | --- |
| Salaire |  | Loyer/hypothèque |  |
| Salaire du/de la conjoint·(e) |  | Téléphone |  |
| Handicap *(temporaire ou permanent)* |  | Services publics de base |  |
| SSI/SSDI  Avez-vous un bénéficiaire/administrateur? | Oui  Non | Nourriture |  |
| TANF/ Assistance générale |  | Dépenses ménagères hors alimentation |  |
| Pension de retraite/ d’ancien combattant |  | Paiement de voiture |  |
| Allocations chômage |  | Primes d’assurance |  |
| Pension alimentaire |  | Prestation compensatoire/Pension alimentaire |  |
| Épargne/placements |  | Garde d’enfant |  |
| Revenus locatifs |  | Dépenses médicales non couvertes |  |
| Aide familiale |  | Dettes |  |
| Bons alimentaires (SNAP) |  | Autres: |  |
| Autres: |  | Autres: |  |
| Total mensuel | 0$ 0,00 | Total mensuel | 0$ 0,00 |

**Transport**

Comment vous rendez-vous aux consultations médicales?

Transport public  Un parent/ami/ bénévole vous emmène

À pied /vélo  Transport de Medicaid

Propre véhicule  Taxi/ Service de voiturage

Autres

Quels obstacles, le cas échéant, rencontrez-vous pour vous rendre à vos rendez-vous?

|  |
| --- |
| **Observations:** |
| **Plan:** |

**Éducation**

Quel est votre niveau d’éducation le plus élevé ?

Aucune scolarité

Jusqu’en 4e (8 grade)

Enseignement secondaire/GED Cursus terminé?  Oui  Non Si non, quel niveau?

Enseignement supérieur/Université Cursus terminé?  Oui  Non

Études supérieures avancées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Actuellement encore étudiant?  Oui  Non Dans l’affirmative, nom de l’établissement: |  | |
| Lorsque vous devez apprendre quelque chose de nouveau, comment préférez-vous vous informer?  En écoutant les explications  En parlant à des gens  En essayant vous-même  En regardant la télé  En lisant  La terminologie médicale est complexe, et de nombreuse personnes ont du mal à la comprendre. Vous arrive-t-il de demander l’aide d’autres personnes pour remplir des formulaires, lire des étiquettes de prescription, des formulaires d’assurance et/ou des informations de santé? | |
| |  | | --- | | **Observations:** | | **Plan:** | | | | |

**Emploi**

Des études montrent que les personnes qui ont un emploi, font du bénévolat ou s’engagent dans des actions communautaires parviennent mieux à gérer leur séropositivité (VIH).

|  |  |
| --- | --- |
| Retraité  Emploi à temps plein  Emploi à temps partiel  Emploi temporaire/saisonnier  Stagiaire/bénévole  Occupation:       Êtes-vous satisfait de l’emploi que vous occupez actuellement ? | |
| Sans emploi Depuis combien de temps êtes-vous sans emploi? |  |

Quel intérêt portez-vous à l’obtention d’un emploi ?

|  |  |
| --- | --- |
| ***Non intéressé*** | ***Très intéressé*** |
| 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 | |

Pouvez-vous faire le même type de travail qu’auparavant?  Oui  Non

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si oui, quel type de travail? |  | |
| Si non, quel genre de travail vous intéresse? | |  |

Qu’est-ce qui vous empêche de travailler?

|  |  |
| --- | --- |
| **Obstacles** *(cocher tout ce qui s’applique)***:** | **Informations détaillées** |
| Problèmes de santé |  |
| Crainte de perdre des prestations |  |
| Antécédents judiciaires |  |
| Faire la demande d’emploi |  |
| Transport |  |
| Garde d’enfants |  |
| Niveau d’éducation/expérience |  |
| Autres: |  |

| **Réorienté vers :** | |
| --- | --- |
| Services de réadaptation professionnelle de l’Oregon  WorkSource/One Stop  Emploi assisté  Centres pour la vie autonome | Programme «Ticket to Work» (Si le client bénéficie  de SSI/SSDI)  Work Incentives Network (WIN) - (Si le client bénéficie   de SSI/SSDI)  Vital Purpose (Alliance VIH uniquement)  Autres: |

|  |
| --- |
| **Observations:** |
| **Plan:** |

**Soutien social**

Quels sont vos principaux soutiens?

Conjoint·e/partenaire  Amis, proches localement  Famille, proche localement  Clubs  Groupes d’entraide

Enfants  Amis, éloignés  Famille, éloignée  Animaux de compagnie

Église/centre religieux

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Autres: |  | | | | |
| Conjoint·e/partenaire actuel: | |  | | | Votre partenaire est-il/elle au courant de votre séropositivité au VIH?  Oui  Non |
| Comment gérez-vous votre stress? | | | |  | |
| Qu’est-ce qui vous passionne? | | |  | | |

|  |
| --- |
| **Observations:** |
| **Plan:** |

**Antécédents de santé mentale**

Je suis un rapporteur mandaté pour ce faire, et si vous me faites part d’une menace immédiate représentant un danger pour vous, ou d’autres, j’ai l’obligation de le signaler. Avoir des intentions pouvant représenter une menace est une chose,  
 mais avoir un plan ou des moyens pour la mettre à exécution en est une autre. Si vous préférez ne pas répondre à une question, faites-le moi savoir.

|  |
| --- |
| 1. Vous a-t-on diagnostiqué un problème de santé mentale?  Oui  Non   Si c’est le cas, quel est ce diagnostic?  Nom du médecin:  1.a. Suivez-vous une thérapie ou êtes-vous suivi pour ce diagnostic?  Oui  Non  Si c’est le cas, nom de l’établissement/ prestataire:  1.b. Prenez-vous des médicaments pour traiter ce diagnostic?  Oui  Non  Si c’est le cas, nom du ou des médicaments: |
|
|
| 1. Vous a-t-on diagnostiqué un problème de santé mentale dans le passé?  Oui  Non   Si c’est le cas, quel est ce diagnostic?  Nom du médecin:  2.a. Suivez-vous une thérapie ou êtes-vous suivi pour ce diagnostic?  Oui  Non  Si c’est le cas, nom de l’établissement/ prestataire:  2.b. Prenez-vous des médicaments pour traiter ce diagnostic?  Oui  Non  Si c’est le cas, nom du ou des médicaments: |
| 1. Avez-vous déjà été hospitalisé pour un problème de santé mentale?  Oui  Non   Si c’est le cas, quand, où et pour quelles raisons/diagnostic: |

**Bilan de santé mentale** *(Il n’est pas nécessaire de remplir cette partie si le client suit actuellement une thérapie)*

J’aimerais vous poser quelques questions sur votre état d’âme, votre humeur ou vos sentiments au cours des 2-3 derniers mois. Lorsqu’il vous est demandé selon quelle fréquence vous ressentez quelque chose, «fréquence» signifie que vous éprouvez ces sentiments ou humeurs 4 jours ou plus par semaine.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Vous sentez-vous souvent confus? | Oui | Non |
| 1. Avez-vous souvent du mal à vous concentrer sur certaines choses, comme lire le journal, regarder la télévision ou écouter quelqu’un vous indiquer quelque chose? | Oui | Non |
| 1. Avez-vous souvent du mal à vous endormir, à rester endormi ou dormez-vous trop longtemps? | Oui | Non |
| 1. Vous sentez-vous en général anxieux, nerveux ou inquiet? | Oui | Non |
| 1. Vous arrive-t-il souvent de vous sentir triste, abattu, déprimé ou sans espoir? | Oui | Non |
| 1. Trouvez-vous difficile de vous amuser ou avez-vous peu d’intérêt à faire des choses que vous aimiez pourtant faire auparavant? | Oui | Non |
| 7. Vous arrive-t-il souvent de revivre de mauvaises expériences du passé *(flashbacks, impression de revivre le moment)*? | Oui | Non |
| 8. Éprouvez-vous le besoin de vous faire du mal? | Oui | Non |
| 9. Avez-vous des pensées suicidaires ou vous arrive-t-il de penser à mettre fin à vos jours?  Si c’est le cas, demander: Avez-vous un plan? Avez-vous les moyens de mettre votre plan à exécution *(accès à une arme, etc.)*? Mettre en place un plan de suivi anti-suicide. | Oui | Non |
| 10. Souhaitez-vous être orienté vers un conseiller en santé mentale ou un thérapeute pour une raison  quelconque? | Oui | Non |

Si le client a répondu “oui” aux questions 1-3, discutez de mécanismes pour y remédier, envisagez une conférence sur le dossier médical avec la personne qui en est chargée, ou une orientation vers un établissement/prestataire de soins ou de santé mentale si ces symptômes ne s’améliorent pas ou s’ils s’aggravent.

Si le client a répondu “oui” aux questions 4-10, proposez de l’orienter vers un prestataire de soins médicaux ou de santé mentale pour une évaluation plus approfondie de son état.

|  |
| --- |
| **Observations:** |
| **Plan:** |

### Sécurité domestique

La violence étant un phénomène répandu, les prochaines questions concernent votre sécurité. Je veux m’assurer que vous aurez accès au soutien dont vous avez besoin pour éviter tout danger et garantir des relations sûres.

*La législation de l’Oregon nous obligent à signaler les cas de maltraitance ou de négligence des enfants de moins de 18 ans et des adultes de plus de 65 ans. Il s’agit d’une procédure de signalement obligatoire. Sur la base de vos réponses aux questions suivantes, j’ai l’obligation, en tant que rapporteur mandaté, de signaler les cas de maltraitance, de négligence et de menace immédiate de préjudice pour soi-même ou pour autrui, couvertes par la législation sur le signalement obligatoire.*

Quelqu’un dans votre entourage vous fait-il du mal physiquement   
ou émotionnellement ou vous menace-t-il?  Oui  Non

|  |  |
| --- | --- |
| Observations: |  |

Vous sentez-vous contrôlé par quelqu’un ou avez-vous l’impression d’être en danger?  Oui  Non

|  |  |
| --- | --- |
| Observations: |  |

Avez-vous eu des rapports sexuels non désirés au cours des 3 derniers mois?  Oui  Non

|  |  |
| --- | --- |
| Observations: |  |

Au cours des 3 derniers mois, quelqu’un a-t-il refusé d’avoir des rapports sexuels protégés avec vous,   
alors que vous le souhaitiez?  Oui  Non

|  |  |
| --- | --- |
| Observations: |  |

Avez-vous peur de faire du mal à quelqu’un?  Oui  Non

|  |  |
| --- | --- |
| Observations: |  |

| **Observations:** |
| --- |
| **Plan:** |
| Signalement obligatoire requis *(suivre le protocole administratif)*?  Oui  Non |

**Consommation de tabac**

|  |  |
| --- | --- |
| **Question:** | Consommation courante de tabac?  Oui  Non Si oui, quel type:       Quantité: |
| **Évaluation:** | Sur une échelle de 1 à 10, êtes-vous plus ou moins préoccupé par votre consommation de tabac?  Sur une échelle de 1 à 10, dans quelle mesure êtes-vous prêt à arrêter de fumer? |
| **Assistance:** | Orientation vers Quitline  Orientation vers une thérapie de substitution de la nicotine  Orientation vers un prestataire de services médicaux  Pas prêt à arrêter - date de suivi:    /    / |

|  |
| --- |
| **Observations:** |
| **Plan:** |

### Dépistage, brève intervention et orientation vers un traitement (SBIRT)

Des questions sont posées à tous les clients sur la consommation d’alcool et de drogues car ces substances ont un effet sur la santé ainsi que sur les médicaments pris. Une boisson alcoolisée équivaut à un verre de bière de 35 cl, un verre de vin de   
15 cl, ou un petit verre de liqueur. Les drogues récréatives comprennent les méthamphétamines *(speed, crystal)*, le cannabis,   
les substances inhalées *( diluant pour peinture, colle)*, les tranquillisants *(Valium)*, les barbituriques, la cocaïne, l’ecstasy,   
les hallucinogènes *(LSD, champignons)*, ou les substances narcotiques *(héroïne, analgésiques sur ordonnance)*

Homme /Identité de genre masculine: Au cours de l’année dernière, combien de fois avez-vous bu 5 verres contenant de l’alcool ou plus dans une même journée?  Jamais  1 ou plus *(Remplir l’AUDIT)*

Femme/Identité de genre féminine: Au cours de l’année dernière, combien de fois avez-vous bu 4 verres contenant de l’alcool ou plus dans une même journée?  Jamais  1 ou plus *(Remplir l’AUDIT)*

Au cours de l’année écoulée, combien de fois avez-vous consommé une drogue à usage récréatif ou un médicament sur ordonnance mais à des fins non médicales?  Jamais  1 ou plus *(Remplir le DAST)*

|  |
| --- |
| **Observations:** |
| **Plan:** |

| **Antécédents de traitement pour alcoolisme** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Avez-vous déjà suivi un traitement **ambulatoire** pour un problème d’alcoolisme?  Si c’est le cas: Quand et où: | Jamais | Oui, actuellement | Oui, dans le   passé |
| Avez-vous déjà suivi un traitement **hospitalier** pour un problème d’alcoolisme?  Si c’est le cas: Quand et où: | Jamais | Oui, l’année passée | Oui, il y a plus   d’un an |

| **Audit Score:** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Selon quelle fréquence prenez une boisson contenant de l’alcool? | Jamais | Une fois par  mois ou moins | 2 – 4 fois   par mois | 2 – 3  fois par semaine | 4 fois par semaine ou  plus |
| 1. Combien de verres contenant de l’alcool consommez-vous au cours d’une journée typique lorsque vous buvez? | 0-2 | 3 or 4 | 5 or 6 | 7 – 9 | 10 ou plus |
| 1. Selon quelle fréquence consommez-vous 6 boissons ou plus en une seule occasion? | Jamais | Moins d’une fois par mois | Une fois  par mois | Une fois par semaine | Tous les jours  ou presque |
| 1. L’année passée, combien de fois  avez-vous constaté que vous ne pouviez pas vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé? | Jamais | Moins d’une  fois par mois | Une fois  par mois | Une fois par semaine | Tous les jours  ou presque |
| 1. L’année passée, combien de fois  avez-vous été incapable de faire ce qui était attendu de vous à cause de l’alcool? | Jamais | Moins d’une  fois par mois | Une fois  par mois | Une fois  par semaine | Tous les jours  ou presque |
| 1. L’année passée, combien de fois  avez-vous eu besoin d’un premier verre le matin pour vous permettre de démarrer après une forte consommation d’alcool la veille? | Jamais | Moins d’une  fois par mois | Une fois  par mois | Une fois  par semaine | Tous les jours  ou presque |
| 1. Combien de fois l’année passée  avez-vous éprouvé un sentiment de culpabilité ou de remords après  avoir bu? | Jamais | Moins d’une  fois par mois | Une fois  par mois | Une fois  par semaine | Tous les jours  ou presque |
| 1. Combien de fois l’année passée  avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s’était passé la veille à cause de votre consommation d’alcool? | Jamais | Moins d’une  fois par mois | Une fois  par mois | Une fois  par semaine | Tous les jours  ou presque |
| 1. Avez-vous (ou une autre personne)  été blessé à cause de votre consommation d’alcool? | Non |  | Oui, mais  pas  l’année  qui vient  de s’écouler. |  | Oui, l’année  dernière |
| 1. Un parent, un ami, un médecin ou un quelconque agent de santé s’est-il inquiété de votre consommation d’alcool ou vous a-t-il suggéré de la réduire? | Non |  | Oui, mais  pas l’année  qui vient de  s’écouler. |  | Oui, l’année  dernière |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Résultats/score de l’audit** | | | |
| **Femme** | **Homme** | **Zone** | **Action** |
| 0 – 3 | 0 – 4 | Risque faible | Brève sensibilisation - Sensibiliser le client à la consommation prudente et aux risques d’une consommation excessive. |
| 4 – 12 | 5 – 14 | Risque marqué | Brève intervention /traitement - Utiliser les concepts de l’entretien motivationnel pour sensibiliser le client à sa consommation d’alcool et l’inciter à changer. Les clients dont la consommation d’alcool est élevée, ou aux conséquences graves et multiples, doivent bénéficier d’interventions répétées et intensives, et d’un suivi. Le changement préconisé est de ramener la consommation à un niveau de risque contrôlable sauf si, pour des raisons médicales, l’abstinence est recommandée *(problèmes hépatiques, grossesse, etc.)*.  Considérer une orientation. |
| 13 – 19 | 15 – 19 | Consommation nocive |
| 20+ | 20+ | Dépendance | Orientation vers un traitement spécialisé - Processus proactif pour faciliter l’accès à une prise en charge spécialisée. Le client doit être orienté vers un traitement de l’alcoolisme et faire l’objet d’une évaluation plus approfondie. Le changement recommandé est l’abstinence en incitant le client à accepter une prise en charge. |

| **Consommation de drogue** | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **J** = Jamais  **A** = Actuellement  **P** = Passé | | | **Quantité** | **Fréquence**  Quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle | **Durée**  <1 an,  1-2 ans ou >2 ans | **Dernière consommation**  <1 mois,  1-6 mois,  6 mois -2 ans  ou >2 ans | **Consommation = problème pour le client?**  X = oui | **Consommation = problème pour**  **d’autres?**  X = oui | **Traitement souhaité**  X = oui |
| Jeux d’argent | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cocaïne | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hallucinogènes | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Produits inhalés | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cannabis | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Méthamphétamines | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Opioïdes | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Médicaments sur ordonnance | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Autres: | |  | |  |  |  |  |  |  |  |

| **Antécédents de consommation de drogue ou de toxicomanie** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Prenez-vous actuellement **plus** de médicaments que ceux prescrits? | Jamais | Oui, au cours   des 3 derniers   mois | Oui, mais il y a   plus de 3 mois |
| Prenez-vous actuellement des médicaments qui ne vous sont pas prescrits? | Jamais | Oui, au cours   des 3 derniers   mois | Oui, mais il y a   plus de 3 mois |
| Vous êtes-vous déjà injecté des drogues? | Jamais | Oui, au cours   des 3 derniers   mois | Oui, mais il y a  plus de 3 mois |
| Avez-vous déjà suivi un traitement ambulatoire pour une dépendance à une drogue?  Si c’est le cas : Quand et où:  Pour quelle substance avez-vous été traité? | Jamais | Oui, l’année   passée | Oui, il y a plus  d’un an |
| Avez-vous déjà été traité en milieu hospitalier pour une toxicomanie?  Si c’est le cas : Quand et où:  Pour quelle substance avez-vous été traité? | Jamais | Oui, l’année   passée | Oui, il y a plus  d’un an |

| **Score DAST:** | **0** | **1** |
| --- | --- | --- |
| 1. Avez-vous consommé des drogues autres que celles nécessaires pour des raisons médicales? | Non | Oui |
| 1. Consommez-vous plus d’une drogue à la fois? | Non | Oui |
| 1. Êtes-vous incapable d’arrêter de vous droguer quand vous le souhaitez? | Non | Oui |
| 1. Avez-vous déjà eu des moments de totale absence ou des flashbacks à cause de votre consommation de drogues? | Non | Oui |
| 1. Vous est-il déjà arrivé de vous sentir mal ou coupable de votre consommation de drogues? | Non | Oui |
| 1. Votre conjoint(e), ami(e) ou personne aimée se plaint-il/elle de votre dépendance? | Non | Oui |
| 1. Avez-vous négligé votre famille à cause de votre consommation de drogues? | Non | Oui |
| 1. Avez-vous participé à des agissements illégaux afin d’obtenir de la drogue? | Non | Oui |
| 1. Avez-vous déjà ressenti des symptômes de sevrage (sensation de malaise) lorsque vous avez arrêté de prendre de la drogue? | Non | Oui |
| 1. Avez-vous eu des problèmes de santé à cause de votre consommation de drogues (par ex. perte de mémoire, overdose, convulsions, hémorragie)? | Non | Oui |

| **Résultats/score DAST** | **Zone** | **Action** |
| --- | --- | --- |
| 0 | État sain | Aucune |
| 1 – 2 plus:  Aucune consommation quotidienne de substance  Aucune consommation hebdomadaire d’opioïdes, de cocaïne ou de méthamphétamine  Aucune drogue injectable au cours des 3 derniers mois  Pas actuellement en traitement pour toxicomanie | Risque marqué | Offrir des conseils sur l’importance et les bienfaits de l’abstinence.  Surveiller et réévaluer la situation lors de la visite suivante  Fournir le cas échéant de la documentation informative |
| 1 – 2 | Risque marqué | Brève intervention /traitement - *–*Utiliser les concepts de l’entretien motivationnel pour sensibiliser le client à sa consommation de drogue et l’inciter à changer. Les clients toxicomanes ou dont l’état provoque des conséquences graves et multiples doivent bénéficier d’interventions répétées et intensives, et d’un suivi. Le changement recommandé est l’abstinence. Considérer une orientation. |
| 3 – 5 | Consommation nocive |
| 6+ | Dépendance | Orientation vers un traitement spécialisé *–*Processus proactif pour faciliter l’accès à une prise en charge spécialisée. Le client doit être orienté vers un traitement pour toxicomanes et faire l’objet d’une évaluation plus approfondie. Le changement recommandé est l’abstinence en incitant le client à accepter une prise en charge. |

### Évaluation des risques

Pouvez-vous me dire quels sont les fluides qui transmettent le VIH?

Que faites-vous actuellement pour réduire la transmission du VIH/des MST pour vous-même et autrui?   
*Cocher tout ce qui s’applique*

Abstinence

Monogamie

Préservatifs

Divulgation

Prise régulière des médicaments

Pas de partenaires occasionnels ou anonymes,   
 ou moins

Séro-compatibilité

Position *(personne pénétrée/ qui pénètre)*

Partenaire sous prophylaxie pré-exposition (PrEP)

Non consommation de substances

Ustensiles propres/stériles

Autres :

À votre avis, votre comportement accroît-il votre risque de transmission du VIH/ des IST à d’autres personnes?

Pouvez-vous penser à d’autres moyens ou stratégies pour réduire davantage la transmission du VIH/IST aux autres ou votre propre infection?

Pensez-vous pouvoir utiliser ces autres stratégies? *(Marquer une réponse)*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Jamais*** | ***Toujours*** |
| 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 | |

***Évaluation complémentaire des risques***

Vos partenaires sexuels sont-ils :   
 Du sexe opposé  Du même sexe  Des deux sexes  Non binaire  S/O

Combien de partenaires sexuels avez-vous eu au cours des 12 derniers mois :   
 0  1  2-3  4-10  10+

Avez-vous:   
 Des rapports sexuels vaginaux  Des rapports sexuels oraux  Des rapports sexuels anaux  S/O

Vous êtes-vous déjà injecté de la drogue avec des aiguilles?  Oui  Non  Seulement pour des raisons médicales

* 1. Vous injectez-vous actuellement de la drogue avec des aiguilles?   
      Oui  Non  Seulement pour des raisons médicales
  2. Avez-vous déjà partagé des aiguilles?  Oui  Non
  3. Partagez-vous actuellement des aiguilles?  Oui  Non

Si, à un moment ou à un autre, vous souhaitez informer vos partenaires sexuels ou toxicomanes, actuels ou passés, qu’ils ont pu être exposés au VIH et qu’ils devraient se faire tester, je peux vous aider. Il existe le moyen de les informer sans révéler votre identité.

Est-ce quelque chose qui vous vous semble souhaitable?  Oui  Non

***Résumé:***

Avez-vous la moindre préoccupation en ce qui concerne le plan de réduction des risques/dommages?

Avez-vous des questions, le cas échéant, au sujet du plan de réduction des risques/dommages?

|  |
| --- |
| **Observations:** |
| **Plan:** |

### Problèmes juridiques

Voici quelques questions pour nous aider à comprendre ce que vous souhaiteriez qu’il se passe si, par exemple en cas d’urgence médicale, vous n’êtes pas en mesure de répondre pour vous-même.

Avez-vous  Une fiducie

Un testament

Donné des instructions préalables *(par ex. de ne pas vous réanimer)* – Si aucune case n’est cochée,   
 offrir une copie

Procuration relative aux soins de santé *(aspects médicaux)*

Procuration plus large *(aspects médicaux et financiers)*

Tuteur/administrateur pour vous-même/ personnes à charge

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Si procuration, nommer la personne: |  | Téléphone: |  | |
| Êtes-vous tuteur/administrateur de quelqu’un?  Oui  Non Dans l’affirmative, qui: | | | |  |
| Nous avons également besoin de renseignements sur vos antécédents judiciaires afin de savoir s’ils peuvent constituer un obstacle. Ces informations ne seront en aucun cas utilisées contre vous.  Antécédents judiciaires:  Arrestation(s)  Condamnation(s)  Injonction(s) restrictive(s)  Liberté conditionnelle/probation(s)  Incarcération | | | | |

|  |
| --- |
| **Description:** |
| **Observations:** |
| **Plan:** |

**Éducation en matière de santé**

|  |
| --- |
| Le client a-t-il signalé l’un des problèmes suivants? *Cocher tout ce qui s’applique* |
| Difficulté à planifier la prise de médicaments au quotidien et donc à les prendre de façon régulière  Difficultés à surmonter la frustration, la peur, la fatigue, la douleur, la dépression et l’isolement  Difficultés à maintenir une condition physique appropriée pour améliorer la force physique, la souplesse et l’endurance  Problèmes de communication efficace avec la famille, les amis et les personnels de santé  Problèmes de transparence  Problèmes de nutrition  Difficultés à évaluer les symptômes  Questions concernant les instructions préalables  Difficultés à comprendre les nouveaux traitements ou les traitements alternatifs |

Le client a-t-il participé à des ateliers d’éducation sanitaire, sur le bien-être ou à un groupe d’entraide depuis le dernier bilan psychosocial?  Oui  Non Si oui, préciser dans Observations.

Le client souhaite-t-il recevoir des informations sur des cours d’éducation sanitaire, de bien-être ou les groupes d’entraide, dans l’immédiat ou plus tard *(si non disponibles pour le moment)*?  Oui  Non

|  |
| --- |
| **Observations:** |
| **Plan : Orientation?**  Oui  Non |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom et références de l’agent:** |  | **Date:** | /    / |