



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 N°: _____ 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		Paie 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 Coursus terminé? ☐ Oui ☐ Non Si non, quel niveau?
- ☐ Enseignement supérieur/Université Coursus 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 nombreuses 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:	

Nom du client: _____

Client N°: _____

Initiales du RD: _____

Date: ____ / ____ / ____

Réorienté vers :

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

2. 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: _____

Nom du client: _____

Client N°: _____

Initiales du RD: _____

Date: ____ / ____ / ____

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:
3. 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
2. 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
3. Avez-vous souvent du mal à vous endormir, à rester endormi ou dormez-vous trop longtemps?	☐ Oui	☐ Non
4. Vous sentez-vous en général anxieux, nerveux ou inquiet?	☐ Oui	☐ Non
5. Vous arrive-t-il souvent de vous sentir triste, abattu, déprimé ou sans espoir?	☐ Oui	☐ Non
6. 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 (<i>flashbacks, impression de revivre le moment</i>)?	☐ 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 (<i>accès à une arme, etc.</i>)? 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 oblige 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
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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

Nom du client: _____

Client N°: _____

Initiales du RD: _____

Date: ____ / ____ / ____

Audit Score:	0	1	2	3	4
6. 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
7. 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
8. 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
9. 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
10. 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 (<i>problèmes hépatiques, grossesse, etc.</i>). 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						☐	☐	☐
Opioides						☐	☐	☐
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 <u>qui</u> 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 <u>un traitement ambulatoire</u> 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 <u>hospitalier</u> 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
2. Consommez-vous plus d'une drogue à la fois?	☐ Non	☐ Oui
3. Êtes-vous incapable d'arrêter de vous droguer quand vous le souhaitez?	☐ Non	☐ Oui
4. Avez-vous déjà eu des moments de totale absence ou des flashbacks à cause de votre consommation de drogues?	☐ Non	☐ Oui
5. Vous est-il déjà arrivé de vous sentir mal ou coupable de votre consommation de drogues?	☐ Non	☐ Oui
6. Votre conjoint(e), ami(e) ou personne aimée se plaint-il/elle de votre dépendance?	☐ Non	☐ Oui
7. Avez-vous négligé votre famille à cause de votre consommation de drogues?	☐ Non	☐ Oui

Nom du client: _____

Client N°: _____

Initiales du RD: _____

Date: ____ / ____ / ____

Score DAST:	0	1
8. Avez-vous participé à des agissements illégaux afin d'obtenir de la drogue?	☐ Non	☐ Oui
9. Avez-vous déjà ressenti des symptômes de sevrage (sensation de malaise) lorsque vous avez arrêté de prendre de la drogue?	☐ Non	☐ Oui
10. 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 | ☐ Séro-compatibilité |
| ☐ Monogamie | ☐ Position (<i>personne pénétrée/ qui pénètre</i>) |
| ☐ Préservatifs | ☐ Partenaire sous prophylaxie pré-exposition (PrEP) |
| ☐ Divulgateur | ☐ Non consommation de substances |
| ☐ Prise régulière des médicaments | ☐ Ustensiles propres/stériles |
| ☐ Pas de partenaires occasionnels ou anonymes, ou moins | ☐ 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?

Nom du client: _____

Client N°: _____

Initiales du RD: _____

Date: ____ / ____ / ____

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

a. Vous injectez-vous actuellement de la drogue avec des aiguilles?

☐ Oui ☐ Non ☐ Seulement pour des raisons médicales

b. Avez-vous déjà partagé des aiguilles? ☐ Oui ☐ Non

c. 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: _____

Nom du client: _____

Client
N° : _____

Initiales du
RD : _____

Date : / /

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:** ____ / ____ / ____