

ETAT MEDICAL

<p>* 1 - Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé pour des problèmes médicaux? (Y compris surdosage et delirium tremens, excepté désintoxication) □□</p> <p>2 - Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème physique? □□ ans □□ mois</p> <p>3 - Avez-vous un problème médical chronique qui continue de perturber votre vie (Sérologie hépatite et VIH)? □ 0 - Non 1 - Oui Précisez:</p> <p>4 - Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème physique? □ 0 - Non 1 - Oui</p>	<p>5 - Recevez-vous une pension pour une incapacité physique (hors d'une incapacité psychiatrique)? □ 0 - Non 1 - Oui Précisez:</p> <p>6 - Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes médicaux? □□</p> <p style="text-align: center;">Question 7 et 8 demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective</p> <p>7 - Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes médicaux pendant les 30 derniers jours? □</p>	<p>8 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes médicaux? □</p> <p>Évaluation de sévérité par l'interviewer</p> <p>9 - Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement médical? □</p> <p>Évaluation de confiance</p> <p>Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés?</p> <p>10 - volontairement par le patient □ 0 - Non 1 - Oui</p> <p>11 - par son incapacité à comprendre □ 0 - Non 1 - Oui</p>
---	---	---

COMMENTAIRES

3 - Sérologie hépatite et VIH

TSR – PROBLEMES DE SANTE

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
4. Avez-vous vu un médecin pour obtenir des soins?	_ _	_ _
5. Avez-vous vu une infirmière ou un professionnel de la santé pour obtenir des soins?	_ _	_ _
6. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes de santé?		
• En consultation individuelle?	_ _	_ _
• En session de groupe?	_ _	_ _

EMPLOI / RESSOURCES

* 1 - Nombre d'années d'études (BAC = 12 ans) ans mois

* 2 - Formation ou études techniques ans mois

3 - Avez-vous un métier, une profession, une compétence

0 - Non
 1 - Oui (préciser)

4 - Avez-vous un permis de conduire valide
 0 - Non 1 - Oui

5 - Pouvez-vous disposer d'une automobile (sans permis de conduire valide répondez Non)
 0 - Non 1 - Oui

6 - Quelle a été la durée de votre plus long emploi plein temps mois ans

7 - Occupation actuelle (ou dernière occupation) Précisez

8 - Quelqu'un contribue-t-il à vous supporter financièrement d'une manière ou d'une autre
 0 - Non 1 - Oui

9 - (Si oui à la question 8) Cela constitue-t-il la partie principale de vos ressources financières
 0 - Non 1 - Oui

10 - Type d'emploi habituel au cours des trois dernières années

- 1 - Temps plein (32 heures/semaine)
- 2 - Temps partiel (heures régulières)
- 3 - Temps partiel (heures irrégulières, travail à la journée)
- 4 - Etudiant
- 5 - Service militaire
- 6 - Retraité / Invalidité
- 7 - Sans emploi
- 8 - Environnement contrôlé

11 - Combien de journées de travail avez-vous été payé au cours des 30 derniers jours (y compris travail au noir)

Combien d'argent avez-vous reçu des sources suivantes au cours des 30 derniers jours

12 - Emploi (revenu net)

13 - Chômage

14 - Aide sociale

15 - Pension

16 - Conjoint, famille, amis ou gains

17 - Illégal

18 - Combien de personnes dépendent de vous pour la plus grande partie de leurs besoins ? (nourriture, logement, etc)

19 - Combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours

Question 20 et 21 demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

20 - Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours

21 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes d'emploi

Évaluation de sévérité par l'interviewer

22 - Comment évaluez-vous son besoin en conseil professionnel

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés

23 volontairement par le patient
 0 - Non 1 - Oui

24 par son incapacité à comprendre
 0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

TSR – PROBLEMES D'EMPLOI ET DE RESSOURCES FINANCIERES

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
3. Avez-vous fait des démarches pour un emploi, des études ou une formation☐		
• Directement auprès d'une ANPE☐	— —	— —
• Par l'intermédiaire d'une autre personne	— —	— —
4. Avez-vous fait des démarches auprès de l'assurance-chômage, de l'aide sociale, ou d'un autre organisme de ce type☐		
• Directement auprès de cet organisme☐	— —	— —
• Par l'intermédiaire d'un intervenant ou d'un thérapeute☐	— —	— —
5. Avez-vous eu un échange significatif (important) quant à vos problèmes d'emploi ou de ressources financières☐		
• En consultation individuelle☐	— —	— —
• En session de groupe☐	— —	— —

Les items soulignés sont les items à poser en base et en suivi. Ces items sont à reformuler si précédés de *.

SUBSTANCES / ALCOOL/TABAC / AUTRES ADDICTIONS SANS SUBSTANCE

	30 derniers jours	Nb de prises par jour	Prescription 30 der jours	Toute la vie années	Voie
* <u>1</u> - alcool toute utilisation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>2</u> - alcool intox	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>3</u> - héroïne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>4a</u> - méthadone	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>4b</u> - buprénorphine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>5</u> - autres opiacés/ analgésiques	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>6</u> - barbituriques	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>7</u> - autres sédatifs/ hyp/tranq	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>8</u> - cocaïne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>9</u> - amphétamines	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>10</u> - cannabis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>11</u> - hallucinogènes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* <u>12</u> - inhalants	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* 13- plus d'une substance par jour

* 12b- tabac

Voie d'administration: 1 = orale, 2 = nasale, 3= fumée, 4 = inj. non IV, 5 = IV
Prescription 0 = non 1 = oui

* 12c- Autre addiction sans substance posant problème _____ (précisez)
 0= non 1= oui

Si oui, 30 derniers jours

Toute la vie (en années)

14- Quelle(s) substance(s) pose(nt) le problème principal
 (Veuillez coder comme précédemment ou 15-polysubstances;
 17-tabac 19 autre addiction sans substance)

Si 04, préciser si cette substance est M= Méthadone, B= Buprénorphine

Si plusieurs substances, veuillez entourer les substances déclarées comme problématiques

1	2	3	4a	4b	5	6	7	8	9	10	11	12	12b	12c
---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	----	-----	-----

15- Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire de cette (ces) substance(s) principale(s) ou d'une autre addiction sans substance - en mois - (00-jamais abstinent)

16- Depuis combien de mois, cette abstinence a-t-elle cessé
 (00- encore abstinent)

***17-** Combien de fois avez-vous eu

- un delirium tremens (alcool)
- une overdose (drogue)

***18-** Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité pour

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- autre addiction sans substance

***19-** Parmi ces traitements, combien étaient des cures de sevrage (désintoxication) seulement pour:

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- autre addiction sans substance

20- Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé pour

- alcool
- substances (hors alcool et tabac)
- tabac
- autre addiction sans substance

21- Combien de journées avez-vous été traité en externe pour des problèmes d'alcool, de substances, de tabac ou pour une autre addiction sans substance au cours des 30 derniers jours (y compris AA, NA)

--	--

22- Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des

- problèmes d'alcool
- problèmes de substances (hors alcool et tabac)
- problèmes de tabac
- autre addiction sans substance

Question 23 et 24 **demander au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective**

23- Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par des

- problèmes d'alcool
- problèmes de substances (hors alcool et tabac)
- problèmes de tabac
- autre addiction sans substance

24- Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces:

- problèmes d'alcool
- problèmes de substances (hors alcool et tabac)
- problèmes de tabac
- autre addiction sans substance

Evaluation de sévérité par l'interviewer

25b- Selon vous, quelle(s) substance(s) pose(nt) le problème principal? (Entourez le(s) numéros correspondant)

1	2	3	4a	4b	5	6	7	8	9	10	11	12	12b	12c
---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	----	-----	-----

25- Comment évaluez-vous son besoin de traitement pour

- problème d'alcool
- problème de substances (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- autre addiction sans substance

Evaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés

26- Volontairement par le patient

- 0- Non
- 1- Oui

27- Par son incapacité à comprendre

- 0- Non
- 1- Oui

TSR – PROBLEMES LIES AUX DROGUES

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur les drogues☐	— —	— —
8. Avez-vous participé à une réunion de type NA ou CA☐	— —	— —
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute☐	— —	— —
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à la drogue☐		
• En consultation individuelle☐	— —	— —
• En session de groupe☐	— —	— —

TSR – PROBLEMES LIES A L'ALCOOL

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur l'alcool☐	— —	— —
8. Avez-vous participé à une réunion de type AA ou Programme 12 étapes☐	— —	— —
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute☐	— —	— —
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à l'alcool☐		
• En consultation individuelle☐	— —	— —
• En session de groupe☐	— —	— —

HISTOIRE DE LA FAMILLE

Certaines personnes de votre famille, ont-elles ou ont-elles eu des difficultés que vous qualifieriez d'alcoolisme, de toxicomanie ou psychologiques, qui ont ou auraient dû nécessiter un traitement ?

	Côté Maternel				Côté Paternel				Fratrnie		
	Alc	Drog	Psych		Alc	Drog	Psych		Alc	Drog	Psych
Gd Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gd Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frère 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gd Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gd Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frère 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sœur 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sœur 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Consigne : Noter « 0 » dans la catégorie familiale quand la réponse est clairement négative pour toute les personnes de cette catégorie ; « 1 » quand la réponse est clairement oui pour un membre de la catégorie familiale ; « 2 » lorsque la réponse est incertaine ou « Je ne sais pas » et « 3 » lorsque le patient n'a jamais eu personne de ce degré de parenté. Coder le parent le plus gravement atteint en cas de plusieurs individus pour une catégorie

TSR – PROBLEMES FAMILLIAUX

* Combien de fois

3. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes familiaux en présence de votre famille ?

- Avec un thérapeute familial ?
- Avec un intervenant ou un autre thérapeute ?

dans cet organisme

ailleurs

_ | _
_ | _

_ | _
_ | _

4. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes familiaux en l'absence de votre famille ?

- Avec un thérapeute familial ?
- Avec un intervenant ou un autre thérapeute ?

_ | _
_ | _

_ | _
_ | _

RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES

- * 1 – Etat civil
- 1 – Marié 4 – Séparé
- 2 – Remarié 5 – Divorcé
- 3 – Veuf 6 – Célibataire

2 – Depuis combien de temps avez-vous cet état civil ? ans mois
(Depuis l'âge de 18 ans si vous n'avez jamais été marié)

- 3 – Etes-vous satisfait de cette situation
- 0 – Non
- 1 – Indifférent
- 2 – Oui

- * 4 – Conditions de vie habituelles der 3 ans
- 1 – avec conjoint et enfants
- 2 – avec conjoint seulement
- 3 – avec enfants seulement
- 4 – avec parents
- 5 – avec famille
- 6 – avec amis
- 7 – seul
- 8 – environnement contrôlé
- 9 – pas de conditions de vie stables

5 – Depuis combien de temps vivez-vous dans ces conditions ans mois
(Depuis l'âge de 18 ans si vous vivez avec vos parents ou votre famille)

- 6 – Etes-vous satisfait de ces conditions de vie
- 0 – Non 1 – Oui

Est-ce que vous vivez avec quelqu'un qui a couramment des

0 – Non 1 – Oui

- 6 A problèmes d'alcool
- 6 B problèmes de substances non prescrites

- 7 – Avec qui passez-vous la plupart de votre temps libre
- 1 – famille
- 2 – amis
- 3 – seul(e)

- 8 – Êtes-vous satisfait de cette façon de passer votre temps libre
- 0 – Non
- 1 – Indifférent
- 2 – Oui

- 9 – Combien d'amis intimes avez-vous

Consignes pour 9A à 18

Noter « » dans la case correspondante quand la réponse est clairement négative pour toutes les personnes de cette catégorie « » quand la réponse est clairement Oui pour un membre de la catégorie familiale « » lorsque la réponse est incertaine ou « je ne sais pas » et « » lorsque le patient n'a jamais eu personne de ce degré de parenté.

9A Pourriez-vous dire que, dans votre vie, vous avez eu des relations étroites durant de longues périodes avec des personnes de votre entourage proche

0 – Non 1 – Oui

- Mère
- Père
- Frère/sœur
- Epouse/partenaire sexuel(le)
- Enfants
- Amis

Avez-vous eu des périodes importantes pendant lesquelles vous avez éprouvé de graves problèmes avec

0 – Non 1 – Oui

- 10 – Mère
- 11 – Père
- 12 – Frère/sœur
- 13 – Epouse/partenaire sexuel(le)
- 14 – Enfants
- 15 – Autre parent important à vos yeux
- 16 – Amis intimes
- 17 – Voisins
- 18 – Camarades de travail

Est-ce que certaines de ces personnes (10-18) ont abusé de vous

0 – Non 1 – Oui

- 18 A – Emotionnellement (en vous mettant à bout avec des mots très durs)
- 18 B – Physiquement (en vous causant des préjudices corporels)
- 18 C – Sexuellement (en vous forçant à subir des avances ou des actes sexuels)

- 19 – Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été en conflit grave

Avec votre famille

Avec d'autres personnes (famille exclue)

Question 20 et 23 demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé au cours des 30 derniers jours par ces

- 20 – Problèmes familiaux
- 21 – Problèmes sociaux

Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces

- 22 – Problèmes familiaux
- 23 – Problèmes sociaux

Évaluation de sévérité par l'interviewer

- 24 – Comment évaluez-vous son besoin en conseil familial ou aide sociale

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés

- 25 volontairement par le patient
- 0 – Non 1 – Oui

- 26 – par son incapacité à comprendre
- 0 – Non 1 – Oui

COMMENTAIRES

ETAT PSYCHOLOGIQUE

* ① Combien de fois avez-vous été traité pour des problèmes psychologiques ou émotionnels

Dans un hôpital

En externe ou dans le privé

② Recevez-vous une pension pour une incapacité psychiatrique

0 – Non 1 – Oui

Avez-vous eu une période importante (ne résultant pas de la consommation de substances) au cours de laquelle vous avez

0 – Non 1 – Oui

30 dans
der toute
jours la vie

③ Eu une dépression grave

④ Souffert d'une anxiété ou d'une tension grave

⑤ Connus des hallucinations

⑥ Eu des difficultés à comprendre, à vous concentrer ou à vous souvenir

⑦ Epruvé des difficultés à réprimer un comportement violent

⑧ Eu des sérieuses idées de suicide

⑨ Tenté de vous suicider

⑩ Un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel

⑪ Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels

--	--

Question 12 et 13 demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

⑫ Au cours des 30 derniers jours dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?

⑬ Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces problèmes psychologiques ou émotionnels

Les items suivants sont à compléter par l'interviewer

Au moment de l'entretien, le patient est

0 – Non 1 – Oui

⑭ Manifestement déprimé/renfermé

⑮ Manifestement hostile

⑯ Manifestement anxieux/nerveux

⑰ Le patient a des difficultés à évaluer objectivement la situation, il a des troubles de l'idéation, déni

⑱ Il a des difficultés à comprendre, à se concentrer, à se souvenir

⑲ Il a des pensées suicidaires

Évaluation de sévérité par l'interviewer

⑳ Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement psychiatrique/psychologique

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés

⑳ volontairement par le patient

0 – Non 1 – Oui

㉑ par son incapacité à comprendre

0 – Non 1 – Oui

COMMENTAIRES

TSR – PROBLEMES EMOTIONNELS OU PSYCHOLOGIQUES

* Combien de fois

dans cet organisme

ailleurs

5. Avez-vous en consultation, pratiqué un forme de relaxation de biofeedback ou de méditation

- En présence d'un professionnel spécialisé dans ce domaine

--	--

--	--

- En présence d'un intervenant ou d'un thérapeute

--	--

--	--

6. Avez-vous en consultation pris part à un jeu de rôles à un psychodrame, à un sociodrame ou à toute autre méthode de modification du comportement

- En présence d'un professionnel spécialisé dans ce domaine

--	--

--	--

- En présence d'un intervenant ou d'un thérapeute

--	--

--	--

7. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes psychologiques ou émotionnels

- Avec un psychothérapeute

--	--

--	--

- Avec un intervenant ou un autre thérapeute

--	--

--	--