



**2- DEMANDE ET CONTEXTE DE L'ANALYSE (SUITE)**

Description de la situation problématique

Services antérieurs ou actuels pertinents

**3- CAPACITÉ À SE DÉPLACER POUR OBTENIR SES SOINS ET SERVICES** Oui  Non

Commentaires

**4- FACTEURS DE RISQUE ET FACTEURS DE PROTECTION PERSONNELS ET ENVIRONNEMENTAUX**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abus/négligence/maltraitance  | <input type="checkbox"/> Décrochage scolaire                               | <input type="checkbox"/> Fugue/risque de fugue   | <input type="checkbox"/> Problèmes de comportement                        |
| <input type="checkbox"/> Absence de réseau sociaux/réseau inadéquat                              | <input type="checkbox"/> Difficulté à communiquer                          | <input type="checkbox"/> Idéations suicidaires/homicidaires                                | <input type="checkbox"/> Réfugiés/immigrants                              |
| <input type="checkbox"/> Atteinte neurocognitive   | <input type="checkbox"/> Difficultés financières                           | <input type="checkbox"/> Implication de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) | <input type="checkbox"/> Risque d'hospitalisation                         |
| <input type="checkbox"/> Chute/risque de chute   | <input type="checkbox"/> Épuisement de l'aidant                            | <input type="checkbox"/> Insalubrité/encombrement  | <input type="checkbox"/> Rupture conjugale                                |
| <input type="checkbox"/> Dénutrition/perte de poids involontaire                                 | <input type="checkbox"/> Errance   | <input type="checkbox"/> Perte d'emploi  | <input type="checkbox"/> Violence conjugale/familiale                     |
| <input type="checkbox"/> Détérioration imminente de l'état de santé/instabilité physique/mentale | <input type="checkbox"/> Dépendance/trouble d'utilisation de substance/jeu | <input type="checkbox"/> Polypharmacie   | <input type="checkbox"/> Perte de milieu de vie/instabilité résidentielle |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :  |  |  |   |

Nom :

N° dossier :

**5- ANALYSE DE LA SITUATION ET OPINION PROFESSIONNELLE**

**6- BESOIN PRIORITAIRE ET ORIENTATION**

Évidence	Niveau de priorisation <input type="checkbox"/> P1 <input type="checkbox"/> P2 <input type="checkbox"/> P3 <input type="checkbox"/> P4
----------	---

**7- SIGNATURE**

Rédigé par	Secteur d'activités
------------	---------------------

Coordonnées de l'intervenant \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj

Signature \_\_\_\_\_  
Intervenant