

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

ANALYSE DU BESOIN PRIORITAIRE À DES FINS D'ORIENTATION (FABO)

1- INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES À L'IDENTIFICATION DE L'USAGER			
Adresse			<input type="checkbox"/> Sans domicile fixe (SDF)
Ville	Province	Code postal	
Téléphone domicile	Téléphone (autre)		Autorisation de laisser un message <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre Préciser :		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non applicable	Préciser
Mère Nom	Prénom	Père Nom	Prénom
Personne à contacter en cas d'urgence		Téléphone	Téléphone (autre)
Parent, tuteur ou représentant (lorsque requis)		Téléphone	Téléphone (autre)
2- DEMANDE ET CONTEXTE DE L'ANALYSE			
Consentement de l'utilisateur à l'analyse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (préciser les particularités du consentement s'il y a lieu)			
Sources d'information consultées			
Demande initiale formulée par l'utilisateur et le référent			

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