

Collecte de données
Accueil-Analyse-Orientation-Référence
(AAOR)

NUMÉRO DE DOSSIER : P _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____

SEXE : F _____ M _____

DATE DE NAISSANCE : _____ ANNÉE / mois / jour
AGE* : _____

*si 0-21 ans (compléter la page 4)

N.A.M. : _____ DATE D'EXPIRATION : _____
Année / mois

1 – ACCUEIL DE LA DEMANDE DE L'USAGER

Date de la réception de la demande :

Adresse : Ville : Province : Code postal :

Intervenant pivot au dossier : Langue de communication : Français _____ Anglais _____ Autre : _____

Statut d'immigration : Besoin d'interprète : Oui _____ Non _____

Assurance : Oui _____ Non _____ Consentement à l'entrevue téléphonique : Oui _____ Non _____

Médecin de famille/IPS : Capacité usager à se déplacer : Oui _____ Non _____

1.1 Disponibilité de l'usager : AM _____ PM _____ Soir _____

1.2 Numéro de téléphone de l'usager : Autorisation à laisser un message sur boîte vocale : Oui _____ Non _____

2 – INFORMATIONS POUR CONTACT

2.1 Nom et prénom du référent : Cellulaire :

Téléphone : Adresse courriel :

2.2 Référent demeure impliqué au dossier ? Oui _____ Non _____

Regroupement du référent :

a) SAPA Est (équipe 1-2-3) _____ SAPA Ouest (équipe 4-5-6) _____
Prélèvement (PV) _____ Équipe d'évaluation _____

b) Périnatalité 0-4 : SIPPE : Postnatal _____ Prénatal _____ OLO : _____

c) Cours périnataux _____ Nutrition _____ Nutrition grossesse _____ Répit / suivi psycho _____

d) JED : 0 – 4 ans _____ 5 - 11 ans _____ 12 – 17 ans

e) Groupes : SGT _____ TDAH _____ Santé mentale jeunesse _____ Suivi étroit _____

f) Santé mentale adulte /Services sociaux généraux : Équipe A _____ B _____

g) Dépendances : Prévention _____ Services spécialisés _____

h) DI-TSA : (0-21 ans) _____ DP (0-21 ans) _____ (DI-TSA (22 ans et +) _____
DP (adulte) : Équipe A _____ B _____

i) GMF :

J) DSPu : IMP _____ PIED _____ Groupe : Proches aidants _____ Éduc. ainés _____

K) Services courants : OI _____ RU1665 _____ RO _____ MA 250 _____ MI _____

L) Autre : _____

2.4 Nom et prénom de la personne ressource à contacter :

Lien avec l'usager : Téléphone :

3 – RENSEIGNEMENTS Diagnostic ou hypothèse diagnostic / Prescription

3.1 Santé 3.2 Psychosociaux (compléter info-social Web)

Date d'émission : Date d'émission :

4 - DEMANDE FORMULÉE PAR L'USAGER OU LE RÉFÉRENT

Collecte de données
Accueil-Analyse-Orientation-Référence
(AAOR)

NUMÉRO DE DOSSIER : P _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____

SEXE : F _____ M _____

DATE DE NAISSANCE : _____
Année / mois / jour

AGE* : _____

*si 0-21 ans (compléter la page 4)

N.A.M. : _____ DATE D'EXPIRATION : _____
Année / mois

5 - ÉLÉMENT(S) DÉCLENCHEUR(S) :

6 - ANALYSE DE LA DEMANDE

6.1 Clarification/précision de la demande telle que présentée par l'utilisateur :

6.2 Antécédents de l'utilisateur selon la nature de la demande :

6.3 Facteurs de risque et de protection :

7 - DÉTECTION DU PASSAGE À L'ACTE

7.1 Pensez-vous au suicide actuellement ? * Oui _____ Non _____

7.2 Avez-vous pensé au suicide dernièrement ? * Oui _____ Non _____

7.3 Avez-vous fait une tentative de suicide dans la dernière année?
➤ *Si vous avez répondu « Oui » à l'une de ces questions, veuillez compléter la grille de repérage (cliquer ici)
➤ Type de protection requise :
1 - Normale _____ 2 - Étroite 2 ou + _____ 3 - Constante 1 ou + _____

8 - ORIENTATION (retour au formulaire pour AAOR social)

8.1 Explorer les stratégies d'aide tentées ultérieurement et les pistes de solution actuelles :

Collecte de données
Accueil-Analyse-Orientation-Référence
(AAOR)

NUMÉRO DE DOSSIER : P _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____

SEXE : F _____ M _____

DATE DE NAISSANCE : _____ ANNÉE / mois / jour
AGE* : _____

*si 0-21 ans (compléter la page 4)

N.A.M. : _____ DATE D'EXPIRATION : _____
Année / mois

8.2 Information / Orientation CISSS de Laval / Orientation externe / Liste des références proposées :

8.3 Interventions / Actions posées / Entente avec l'utilisateur / Conclusion :

9 - RÉFÉRENCES

	Référence interne : _____		Référence Interregroupement : _____	
9.1	a) SAPA Est (équipe 1-2-3) _____ SAPA Ouest (équipe 4-5-6) _____ Prélèvement (PV) _____ Équipe d'évaluation _____		g) Dépendances : Prévention _____ Services spécialisés _____	
	b) Périnatalité 0-4 : SIPPE : Postnatal _____ Prénatal _____ OLO : _____		h) DI-TSA-DP : (0-21 ans) _____ (DI-TSA (22 ans et +) _____ DP (adulte) : Équipe A _____ B _____	
	c) Cours prénataux _____ Nutrition _____ Nutrition grossesse _____ Répit / suivi psycho _____ Clinique orthophonie : thérapie : _____ évaluation : _____ Clinique Développement : _____		i) GMF : _____	
	d) JED : 0 - 4 ans _____ 5 - 11 ans _____ 12 - 17 ans _____		Éduc. parents _____ Postvention suicide _____ SIDEPEP _____	
	e) Groupes : SGT _____ TDAH _____ Santé mentale jeunesse _____ Suivi étroit _____		K) Services courants : OI _____ RU1665 _____ RO _____ MA 250 _____ MI _____	
9.1.1	Délai de traitement			Prescription médicale, préciser :
	Priorisation suggérée			
	P1 - Urgent _____ (Intervention urgente 0 - 72 h)	P2 - Élevé _____ (72 heures à 10 jours)	P3 - Modéré _____ (30 jours)	
9.2	Référence externe			
9.2.1	Inscrire nom de l'organisme :			
9.2.2	Consentement verbal à transmettre l'information aux organismes concernés : Oui _____ Non _____			

Signature : _____

Date : _____

À compléter si usager âgé entre 0 et 21 ans
Accueil-Analyse-Orientation-Référence
(AAOR)

NUMÉRO DE DOSSIER : P _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____

SEXE : F _____ M _____

DATE DE NAISSANCE : _____ ANNÉE / mois / jour AGE : _____

N.A.M. : _____ DATE D'EXPIRATION : _____ ANNÉE / mois

1 – MILIEU DE GARDE

Fréquentation Oui _____ Non _____

Nom de la garderie :

2 – FRÉQUENTATION SCOLAIRE MOINS DE 21 ANS

Fréquentation scolaire Oui _____ Non _____

Nom de l'école :

Niveau scolaire :

3 – COORDONNÉES DES PARENTS

Habite chez ses parents Oui _____ Non _____ *(si oui, compléter les informations ci-dessous)*

Nom et Prénom du parent / tuteur 1 :

Nom :

Prénom :

Nom et Prénom du parent / tuteur 2 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Ville :

Ville :

Code postal :

Code postal :

Tél. (bureau) :

Tél. (bureau) :

Tél. (cellulaire) :

Tél. (cellulaire) :

Adresse courriel :

Adresse courriel :

Nom de la personne ayant la garde légale :

Nom :

Prénom :

Type de garde :