

FORMULAIRE - Demande d'admission Maisons communautaires d'hébergement sida du Québec

☒ INFORMATIONS DE PRE - ADMISSION

Maison d'hébergement : _____

Demande effectuée le : _____
[jj - mm - aaaa]

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Langue(s) de communication : Français Anglais

Date de naissance : _____
[jj - mm - aaaa]

Autre langue : _____

Lieu de naissance : _____

État civil : _____

Communauté culturelle : _____

Autre: _____

Sexe : Masculin Féminin

Possède une carte d'assurance-maladie : Oui Non

Nom du réfèrent : _____

Organisme du réfèrent : _____

Téléphone : _____

☒ MOTIF DE LA DEMANDE + OBJECTIFS D'HÉBERGEMENT

- Convalescence (post-hospitalisation)
- Encadrement / Fidélisation thérapeutique
- Épuisement du réseau / des proches
- Réadaptation

- Réinsertion sociale
- Répît / Dépannage
- Risque élevé de détérioration
- Soins en fin de vie
- Stabilisation physique

- Stabilisation psychologique
- Autre / Précisions ↓

Objectifs d'hébergement : _____

☒ PROVENANCE DU DEMANDEUR

- Amis
- Appartement
- Établissement carcéral
- Famille

- Institution – Soins physiques
- Institution – Soins psychologiques
- Itinérance
- Organisme communautaire

- Pension
- Autre / Précisions ↓

NAM : _____ Expiration de la carte : _____
 NAS : _____
 Sécurité du revenu / Agent-e : _____ Téléphone : _____
 Sécurité du revenu / Numéro de dossier : _____
 Sources de revenus : _____ Revenus mensuels : _____ \$

PROCHES SIGNIFICATIFS

Conjoint-e : _____ Décédé-e Téléphone : _____
Mère : _____ Décédée Téléphone : _____
Père : _____ Décédé Téléphone : _____
Enfants : Oui Non Nombre : _____

AUTRES PERSONNES SIGNIFICATIVES

Nom : _____ Lien : _____ Téléphone : _____
Nom : _____ Lien : _____ Téléphone : _____
Nom : _____ Lien : _____ Téléphone : _____

REFERENCES & CONTACTS

(PAR L'INTERVENANT-E SOCIAL-E)

Médecin : _____ Institution: _____ Téléphone : _____
Médecin : _____ Institution: _____ Téléphone : _____
Médecin : _____ Institution: _____ Téléphone : _____
Intervenant : _____ Institution: _____ Téléphone : _____
Intervenant : _____ Institution: _____ Téléphone : _____
Intervenant : _____ Institution: _____ Téléphone : _____

PRECISER LES HEBERGEMENTS ANTERIEURS DEPUIS LES 18 DERNIERS MOIS

HISTOIRE ACTUELLE & PROFIL PSYCHOSOCIAL

Milieu familial – Support du réseau naturel – Antécédents judiciaires – Intérêts et passe-temps – Autres



CONSOMMATION & TOXICOMANIES

(PAR L'INTERVENANT-E SOCIAL-E)

Alcool - Fréquence et quantité : _____

Cannabis - Fréquence et quantité : _____

Cocaïne - Fréquence et quantité : _____

Crack / Freebase - Fréquence et quantité : _____

Héroïne - Fréquence et quantité : _____

Médicaments non-prescrits - Fréquence et quantité : _____

Méthadone - Fréquence et quantité : _____

Tabac - Fréquence et quantité : _____

Autre - Fréquence et quantité : _____

⇒ Comportements associé à la consommation : _____

⇒ Mode de consommation : _____

DISPOSITIONS JURIDIQUES

(PAR L'INTERVENANT-E SOCIAL-E)

Mandats ↓

Précisions ↓

Mandataires – Téléphone – Adresse ↓

<input type="checkbox"/> Testament	_____	_____
<input type="checkbox"/> Testament biologique	_____	_____
<input type="checkbox"/> Procuration bancaire	_____	_____
<input type="checkbox"/> Fiducie	_____	_____
<input type="checkbox"/> Curatelle privée	_____	_____
<input type="checkbox"/> Curatelle publique	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autre mandat	_____	_____

Intervenant-e social-e :

(Signature)

Date :

6.1- État de santé – Diagnostics – Conditions associées – Risques de contagion (**Cochez toutes les conditions**)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atteinte neurologique ou neuropsychiatrique | <input type="checkbox"/> Escarre | <input type="checkbox"/> Papillomes |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hépatite : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> Paralyse |
| <input type="checkbox"/> Candidose | <input type="checkbox"/> Hépatite C | <input type="checkbox"/> Phase terminale |
| <input type="checkbox"/> Cécité | <input type="checkbox"/> Herpès | <input type="checkbox"/> Pneumonie I Post-pneumonie |
| <input type="checkbox"/> Cirrhose | <input type="checkbox"/> Histoplasmosse | <input type="checkbox"/> Sarcome de Kaposi |
| <input type="checkbox"/> Coccidioïdomycose | <input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie | <input type="checkbox"/> SARM |
| <input type="checkbox"/> Complexe Mycobactérium avium | <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Septicémie à salmonelle |
| <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Isosporiose intestinale chronique | <input type="checkbox"/> Surdité / Déficience auditive |
| <input type="checkbox"/> Cryptococcose | <input type="checkbox"/> Leucoencéphalopathie multifocale progressive | <input type="checkbox"/> Syndrome d'émaciation au VIH / Lipodystrophie(s) |
| <input type="checkbox"/> Cryptosporidiose | <input type="checkbox"/> Lymphome | <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cérébrale |
| <input type="checkbox"/> Cytomégalovirose | <input type="checkbox"/> Myéloplastie | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Neuropathie | <input type="checkbox"/> Zona |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée chronique | <input type="checkbox"/> Oedème pulmonaire | |
| <input type="checkbox"/> Encéphalopathie au VIH (Démence) | <input type="checkbox"/> Pancréatite | |
| <input type="checkbox"/> <i>Autre[s] problème[s] physique[s] ↓</i> | | |

6.2- État de santé – Précisions diagnostiques

Année du diagnostic de séropositivité : _____

Date du dernier test de charge virale : _____ **Résultat** : _____

Date du dernier test des CD-4 : _____ **Résultat** : _____

Date du dernier examen médical exhaustif : _____

Date du dernier examen radiologique : _____ **Type** : _____

6.4- État de santé – Précisions sur l'autonomie

	Autonomie	Semi - autonomie	Dépendance	Soins nécessaires
Mobilité intérieure				
Mobilité extérieure				
Utilisation des escaliers				
Lever du lit et transfert				
Capacité d'automédication				
Hygiène personnelle				
Alimentation				
Élimination				
Habillement				

6.5- État de santé – Allergies aux médicaments ou autres :

6.6- État de santé – Médicaments antirétroviraux

(☒ Cochez tous les médicaments utilisés) :

<input type="checkbox"/>	3TC – BID <i>lamivudine BID</i>	<input type="checkbox"/>	Hivid (Exceptionnellement) <i>ddC / zalcitabine</i>	<input type="checkbox"/>	Sustiva (1 x 600 mg) <i>efavirenz</i>	<input type="checkbox"/>	Norvir <i>ritonavir</i>
<input type="checkbox"/>	3TC – DIE <i>lamivudine DIE</i>	<input type="checkbox"/>	Videx <i>ddl / didanosine</i>	<input type="checkbox"/>	Viramune <i>nevirapine</i>	<input type="checkbox"/>	Viracept – BID <i>nelfinavir</i>
<input type="checkbox"/>	Retrovir – BID <i>AZT / zidovudine</i>	<input type="checkbox"/>	Videx EC <i>ddl / didanosine</i>	<input type="checkbox"/>	Agenerase <i>amprenavir</i>	<input type="checkbox"/>	Viracept – TID <i>nelfinavir</i>
<input type="checkbox"/>	Retrovir – TID <i>AZT / zidovudine</i>	<input type="checkbox"/>	Viread <i>tenofovir</i>	<input type="checkbox"/>	Crixivan <i>indinavir</i>	<input type="checkbox"/>	Reyataz <i>sulfate d'atazanavir</i>
<input type="checkbox"/>	Combivir <i>3TC + AZT</i>	<input type="checkbox"/>	Zerit <i>D4T / stavudine</i>	<input type="checkbox"/>	Fortovase <i>saquinavir</i>	<input type="checkbox"/>	Fuzeon <i>T-20 / enfuvirtide</i>
<input type="checkbox"/>	Ziagen <i>ABC / sulfate d'abacavir</i>	<input type="checkbox"/>	Rescriptor <i>delavirdine</i>	<input type="checkbox"/>	Invirase <i>saquinavir</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Trizivir <i>ABC + 3TC + AZT</i>	<input type="checkbox"/>	Sustiva (3 x 200 mg) <i>efavirenz</i>	<input type="checkbox"/>	Kaletra <i>lopinavir + ritonavir</i>	<input type="checkbox"/>	

6.7- État de santé – Traitement des maladies opportunistes :

6.8- État de santé – Autres médicaments :

6.9- État de santé – Effets secondaires connus :

6.10- État de santé – Informations spécifiques :

Prise d'antirétroviraux depuis combien d'années? _____

Développement de résistances aux antirétroviraux ? _____

Résultats de test génotypiques : _____

6.11- État de santé – Alimentation :

Intolérances alimentaires – Allergies alimentaires – Diète spéciale :

☒ INFORMATIONS PSYCHOLOGIQUES

(PAR L'INTERVENANT-E MÉDICAL-E -OU- SOCIAL-E)

MÉMOIRE

- Mémoire normale
- Oublie des faits récents (nom de personne, rendez-vous, etc.) mais se souvient des faits importants
- Oublie régulièrement des choses de la vie courante, (avoir pris ses médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, ses visiteurs)
- Amnésie quasi totale

ORIENTATION

- Bien orienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes
- Est quelquefois désorienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes
- Est orienté seulement dans la courte durée (temps de la journée), le petit espace (l'environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières
- Désorientation complète

COMPRÉHENSION

- Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande
- Est lent à saisir des explications ou des demandes
- Ne comprend que partiellement, même après des explications répétées
- Est incapable de faire des apprentissages
- Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui

JUGEMENT

- Évalue les situations et prend des décisions sensées
- Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées
- Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si une autre personne les lui suggère
- N'évalue pas les situations et on doit prendre les décisions à sa place

COMPORTEMENT

- Troubles mineurs (jérémiades, labilité émotionnelle, entêtement, apathie) qui nécessitent une surveillance occasionnelle ou un rappel à l'ordre ou une stimulation
- Troubles qui nécessitent une surveillance plus soutenue (agressivité envers lui-même ou les autres, dérange les autres, errance, cris constants)
- Pertes cognitives
- Essaie de blesser les autres
- Essaie de se blesser
- Tente de se sauver

7.1- État de santé psychologique – Diagnostics et conditions associées – Antécédents:

7.2- État de santé psychologique – État affectif:

- Dépression mineure : _____
- Dépression majeure : _____
- Psychose : _____
- Idées suicidaires : _____
- Tentatives de suicide : _____
- Troubles de personnalité : _____
- Autres : _____

Intervenant-e social-e : _____ (Signature) _____ Date : _____

Intervenant-e médical-e : _____ (Signature) _____ Date : _____

Requérant-e : _____ (Signature) _____ Date : _____