



HÉBERGEMENTS COMMUNAUTAIRES VIH DU QUÉBEC

DEMANDE D'ADMISSION

1. INFORMATIONS PRÉALABLES

Date de la demande : JJ / MM / AAAA

Nom complet :

Genre : Femme Homme Non-binaire Préfère ne pas répondre

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Téléphone :

Courriel :

Adresse actuelle :

Ville :

Code postal :

Langue(s) parlée(s) :

Antécédent judiciaire : Oui Non

Précisez :

2. PERSONNE RÉFÉRENTE

Nom :

Titre :

Organisation :

Téléphone :

Courriel :

3. OBJECTIF DE LA DEMANDE

Motifs principaux (cochez tout ce qui s'applique) :	Hébergements antérieurs (18 derniers mois) :
<input type="checkbox"/> Convalescence (post-hospitalisation)	
<input type="checkbox"/> Stabilisation physique / psychologique	
<input type="checkbox"/> Soins palliatifs / Fin de vie	
<input type="checkbox"/> Rupture sociale ou isolement	
<input type="checkbox"/> Répit / Dépannage	
<input type="checkbox"/> Sortie de détention	
<input type="checkbox"/> Autre :	

Objectifs visés durant l'hébergement :

4. PROVENANCE DU DEMANDEUR

<input type="checkbox"/> Itinérance	Statut administratif et financier Carte d'assurance maladie valide : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non NAM : Revenus mensuels estimés : Sources de revenus : Sous curatelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Organisme ou personne responsable :
<input type="checkbox"/> Famille	
<input type="checkbox"/> Appartement / logement	
<input type="checkbox"/> Centre hospitalier	
<input type="checkbox"/> Centre carcéral	
<input type="checkbox"/> Organisme communautaire	
<input type="checkbox"/> Autre :	



5. STATUT MIGRATOIRE

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Citoyen.ne canadien.ne | <input type="checkbox"/> Réfugié.e/personne protégée | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |
| <input type="checkbox"/> Résident.e permanent.e | <input type="checkbox"/> Résident.e temporaire (travail, études ou visite) | |
| <input type="checkbox"/> Demandeur.se d'asile | <input type="checkbox"/> Sans statut migratoire | <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre |

6. PROCHES SIGNIFICATIFS

Nom :	Lien :
Téléphone :	Courriel :
Nom :	Lien :
Téléphone :	Courriel :

7. RÉFÉRENTS ET CONTACTS

Travailleur social	Téléphone :
Nom :	Courriel :
Médecin	Téléphone :
Nom :	Courriel :
Infirmière	Téléphone :
Nom :	Courriel :
Intervenant	Téléphone :
Nom :	Courriel :
Proche aidant	Téléphone :
Nom :	Courriel :
Pair aidant	Téléphone :
Nom :	Courriel :



8. HISTOIRE ACTUELLE ET PROFIL PSYCHOSOCIAL

Empty text area for the current history and psychosocial profile.

9. INFORMATIONS MÉDICALES

À remplir par un.e professionnel.le de la santé

Diagnostic VIH : Oui Non Année du diagnostic :

Dernière charge virale

Date : Résultat :

CD4

Date : Résultat :

Autres diagnostics :

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				

Traitements en cours en milieu hospitalier, si applicable :

Antirétroviraux utilisés actuellement (cochez tout ce qui s'applique) :

Médicaments	
<input type="checkbox"/> Atripla (efavirenz + emtricitabine + tenofovir)	<input type="checkbox"/> Isentress et Isentress HD (raltégravir)
<input type="checkbox"/> Biktarvy (bictegravir + emtricitabine + tenofovir)	<input type="checkbox"/> Juluca (dolutégravir + rilpivirine)
<input type="checkbox"/> Cabotegravir + Rilpivirine injectable (Cabenuva)	<input type="checkbox"/> Kivexa (abacavir, lamivudine)
<input type="checkbox"/> Celsentri (maraviroc)	<input type="checkbox"/> Lamivudine (3TC)
<input type="checkbox"/> Darunavir (Prezista)	<input type="checkbox"/> Lenacapavir (Sunlenca)
<input type="checkbox"/> Delstrigo (doravirine, lamivudine et ténofovir DF)	<input type="checkbox"/> Lopinavir-ritonavir (Kaletra)
<input type="checkbox"/> Descovy (emtricitabine, ténofovir AF)	<input type="checkbox"/> Prezcobix (darunavir + cobicistat)
<input type="checkbox"/> Dolutégravir (Tivicay)	<input type="checkbox"/> Rilpivirine (Edurant/Cabenuva)
<input type="checkbox"/> Doravirine (Pifeltro)	<input type="checkbox"/> Ritonavir (Norvir)
<input type="checkbox"/> Dovato (dolutégravir + lamivudine)	<input type="checkbox"/> Rukobia (fostemsavir)
<input type="checkbox"/> Efavirenz (Sustiva)	<input type="checkbox"/> Triumeq (dolutégravir + abacavir + lamivudine)
<input type="checkbox"/> Genvoya (elvitegravir + cobicistat + emtricitabine + tenofovir)	<input type="checkbox"/> Vemlidy (ténofovir AF)
<input type="checkbox"/> Intelence (etravirine)	<input type="checkbox"/> Autres :

Allergies

Oui Non Si oui, précisez :

Intolérances alimentaires

Oui Non Si oui, précisez :

Suivi pour maladie à déclaration obligatoire (MADO) et/ou à traitement obligatoire (MATO)

Oui Non Si oui, précisez :

10. PROFIL PSYCHOSOCIAL

À remplir par l'intervenant.e

Orientation : Bonne Partielle Désorientée

Mémoire : Normale Troubles légers Amnésie

Jugement : Adéquat Diminué Inexistant

Comportement : Stable Agressivité/agitation Risque pour soi ou autrui

Diagnostiques en santé mentale

Dépression mineure :

Dépression majeure :

Psychose :

Idées suicidaires :

Tentatives de suicide :

Troubles de personnalité :

Autres :

11. CONSOMMATION ET MÉDICATION

À remplir par l'intervenant.e

Substance	Fréquence	Quantité	Mode de consommation			
			Oral	Intraveineux	Intranasal	Fumé
<input type="checkbox"/> Alcool						
<input type="checkbox"/> Cannabis						
<input type="checkbox"/> Speed / Amphétamine						
<input type="checkbox"/> Cocaïne / Crack						
<input type="checkbox"/> Fentanyl / Héroïne						
<input type="checkbox"/> Crystal meth						
<input type="checkbox"/> Médicaments non prescrits						
<input type="checkbox"/> Méthadone / Suboxone / Autres						
<input type="checkbox"/> Narcotiques prescrits						
<input type="checkbox"/> Tabac						
<input type="checkbox"/> Autres drogues :						

Comportements associés à la consommation :

Paranoïa Dépression Violence Désorganisation Isolement

Psychoses toxiques Précisez les dates :



12. CONSENTEMENTS ET SIGNATURES

Intervenant.e social

Nom :

Signature :

Date :

Professionnel.le médical

Nom :

Signature :

Date :

Demandeur.euse

Nom :

Signature :

Date :

Merci de faire parvenir ce formulaire complété et signé à l'adresse appropriée ci-dessous.

Veillez vous assurer que toutes les sections précédentes sont dûment remplies.

Les Hébergements de l'Envol : info@hebergementsdelenvol.ca

Maison d'Hérelle : info@maisondherelle.org

Maison Plein Cœur : info@maisonpleincoeur.org

Maison du Parc : info@maisonduparc.org

Maison Re-Né : info@maisonrene.com

Sidalys : coordoamaryllis@sidalys.org