

FORMULAIRE - Demande d'admission

Maisons communautaires d'hébergement sida du Québec

☒ INFORMATIONS DE PRÉ – 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 référent : _____

Organisme du référent : _____

Téléphone : _____

☒ MOTIF DE LA DEMANDE + OBJECTIFS D'HÉBERGEMENT

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Convalescence (post-hospitalisation) | <input type="checkbox"/> Réinsertion sociale | <input type="checkbox"/> Stabilisation psychologique |
| <input type="checkbox"/> Encadrement / Fidélisation | <input type="checkbox"/> Répit / Dépannage | <input type="checkbox"/> Autre / Précisions ↓ |
| thérapeutique | <input type="checkbox"/> Risque élevé de détérioration | |
| <input type="checkbox"/> Épuisement du réseau / des proches | <input type="checkbox"/> Soins en fin de vie | |
| <input type="checkbox"/> Réadaptation | <input type="checkbox"/> Stabilisation physique | |

Objectifs d'hébergement : _____

☒ PROVENANCE DU DEMANDEUR

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amis | <input type="checkbox"/> Institution – Soins physiques | <input type="checkbox"/> Pension |
| <input type="checkbox"/> Appartement | <input type="checkbox"/> Institution – Soins psychologiques | <input type="checkbox"/> Autre / Précisions ↓ |
| <input type="checkbox"/> Établissement carcéral | <input type="checkbox"/> Itinérance | |
| <input type="checkbox"/> Famille | <input type="checkbox"/> Organisme communautaire | |

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 : _____

☒ RÉFÉRENCES & 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 : _____

☒ PRÉCISER LES HÉBERGEMENTS ANTÉRIEURS DEPUIS LES 18 DERNIERS MOIS

☒ HISTOIRE ACTUELLE & PROFIL PSYCHOSOCIAL

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

☒ HISTOIRE ACTUELLE & PROFIL PSYCHOSOCIAL (SUITE)

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

☒ CONSUMMATION & 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 ↓ Testament**Précisions ↓**

Mandataires – Téléphone – Adresse ↓

 Testament biologique

 Procuration bancaire

 Fiducie

 Curatelle privée

 Curatelle publique

 Autre mandat

Intervenant-e social-e :

(Signature)

Date :

☒ INFORMATIONS BIOMÉDICALES

(PAR L'INTERVENANT-E MÉDICAL-E)

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

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alteinte 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"/> Paralysie |
| <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 / Post-pneumonie |
| <input type="checkbox"/> Cirrhose | <input type="checkbox"/> Histoplasmose | <input type="checkbox"/> Sarcome de Kaposi |
| <input type="checkbox"/> Coccidioidomycose | <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"/> Autre[s] problème[s] physique[s] ↓ | | |

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

6.7- État de santé – Traitements 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 familiaires
- 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 (jérémades, labilité émotive, 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 :
---------------	-------------	--------