| **APPROCHE V1SAGES ©****Évaluation initiale** | No dossier :                  Nom, prénom :      Date de naissance :      NAM :       |
| --- | --- |
|  |
| **RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX** |
| Milieu de vie :       | Vit seul : [ ]  Oui [ ]  Non | Vit avec?       |
| Emploi et/ou occupation :       |
| Langue principale :       | Autre(s) langue(s) :       |
| Inscrit info santé : [ ]  Oui [ ]  Non | Inscrit au GAMF : [ ]  Oui [ ]  Non |
| Suivi par CLSC : [ ]  Oui [ ]  Non | RLS :       |
| Quel était votre sexe à la naissance?[ ]  Masculin[ ]  Féminin | Quel est votre genre?[ ]  Masculin[ ]  Féminin[ ]  Non binaire[ ]  Autre (spécifier) :       |
| Principales préoccupations de la personne :       |
| Objectifs de la personne :  |
| 1.       |
| 2.       |
| 3.       |
| Accompagné (e) de lors de la rencontre : | Médecin de famille : |
|       |       |
| **Ressources médicales, professionnelles et communautaires au dossier** |
| Fonction | Nom | Téléphone | Télécopieur | Endroit du suivi |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
| Personne(s) significative(s) : |       | Téléphone : |       |
|       |  |       |
| **ANTÉCÉDENTS (incluant historique des visites à l’urgence et hospitalisations)** |
| Allergie(s) ou comorbidité(s) ou facteur(s) de risque : [ ]  Indiqué(s) au dossier de la personne |
| Ou (spécifier) :      |
| **Score CONECT-6 :**       /       (positif si la personne donne deux réponses positives (oui) et plus) |
| **Score PORTRAIT-10**:       /       (si omission de question(s), inscrire sur le score total à l’aide d’une règle de 3)       / 40 (plus le score est élevé, plus la personne présente des besoins complexes) |
| **SITUATION DE SANTÉ** |
| **Santé physique**(voir PORTRAIT-10, questions 1, 2 et 3) |       |
| **Santé psychologique**(voir PORTRAIT-10, questions 4 et 5) |       |
| **Situation sociale**(voir PORTRAIT-10, questions 6,7 et 8) |       |
| **Interactions avec le système de santé** (voir PORTRAIT-10, question 10) |       |
| **Évolution de la situation** (voir PORTRAIT-10,question 9) |       |
| **HABITUDES DE VIE** |
| **Alimentation**[ ]  Disponible au dossier ou : |       |
| **Alcool / drogue**(Voir PORTRAIT-10, question 5)[ ]  Disponible au dossier ou : |       |
| **Tabagisme**[ ]  Disponible au dossier ou : | Facteurs qui influencent la cessation (croyances, connaissances, capacité, soutien) :      |
| **Activité physique**[ ]  Disponible au dossier ou : | Facteurs qui influencent la pratique régulière d’activité physique (croyances, connaissances, capacité, soutien) :      |
| **Autres comportements d’autogestion** |       |
| **Synthèse de la rencontre****(Problématiques identifiées, priorités de la personne, etc.)** |       |
| [ ]  Planification d’un plan de services individualisé (PSI) |
| [ ]  Planification d’un plan d’intervention interdisciplinaire (PII) |
| [ ]  Autres :       |
| Données recueillies par : |       | Date : |       |
| Données complétées par : |       | Date : |       |
|  |