| **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 : | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |