



# 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 référant : \_\_\_\_\_

Organisme du référant : \_\_\_\_\_

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 thérapeutique | <input type="checkbox"/> Répit / Dépannage             | <input type="checkbox"/> Autre / Précisions ↓        |
| <input type="checkbox"/> Épuisement du réseau / des proches       | <input type="checkbox"/> Risque élevé de détérioration |  |
| <input type="checkbox"/> Réadaptation                             | <input type="checkbox"/> Soins en fin de vie           |  |
|   | <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*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





**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"/> 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 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"/> 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'atazanavir
<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"/> Rescriptor delaverdine	<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 – 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

