



Triage pour la coordination des soins

Nom du client : _____

Date : ____ / ____ / ____

Si vous avez reçu ce document par la poste, veuillez répondre aux questions suivantes et le retourner dans l'enveloppe ci-jointe. Vos réponses nous aideront à cerner vos besoins actuels.	Le coordonnateur des soins fera le suivi de toutes les cases de cette colonne où une réponse « oui » ou « pas sûr » a été cochée.
1. Avez-vous eu des problèmes ou connu des retards pour obtenir vos médicaments ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2. Au cours des six derniers mois, avez-vous manqué l'un de vos rendez-vous médicaux programmés ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
3. Êtes-vous préoccupé par votre situation de logement ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
4. Avez-vous été dans l'incapacité de payer votre loyer, les services de base, de transport ou de la nourriture ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Au cours des 12 derniers mois : 5. Avez-vous eu peur de manquer de nourriture et d'argent pour en acheter plus ? <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais 6. Les aliments que vous avez achetés simplement ne vous ont pas suffi et vous n'aviez pas les moyens d'en acheter plus ? <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais	Si les réponses aux questions 5 ou 6 sont « souvent » ou « parfois » <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
7. Êtes-vous bénéficiaire des prestations SNAP ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si la réponse est Non, pensez-vous que vous pourriez en bénéficier ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Pas sûr
8. Êtes-vous actuellement sans assurance ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
9. Accumulez-vous des factures médicales impayées depuis les 12 derniers mois, non encore en procédure de recouvrement ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
10. Si vous êtes fumeur (cigarettes ou tabac à chiquer), aimeriez-vous arrêter de fumer ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> S/O
11. Souhaitez-vous obtenir de l'aide pour reprendre le travail ou faire du bénévolat ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Au cours des deux dernières semaines : 12. Avez-vous éprouvé un faible intérêt / plaisir à faire certaines choses ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 13. Vous êtes-vous senti abattu, déprimé ou sans plus d'espoir ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 14. Si vous avez répondu « oui » aux questions 12 ou 13 ci-dessus, consultez-vous régulièrement un professionnel de la santé mentale ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> S/O	
15. Si vous ne consultez pas régulièrement un professionnel de la santé mentale, souhaitez-vous être orienté ou aidé à en contacter un ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> S/O

16. Si vous consultez régulièrement un professionnel de la santé mentale, avez-vous manqué des rendez-vous au cours du dernier mois ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> S/O
17. Au cours de l'année passée : Homme/identification masculine – Combien de fois avez-vous consommé 5 boissons alcoolisées ou plus au cours d'une même journée ? Femme/identification féminine – Combien de fois avez-vous consommé 4 boissons alcoolisées ou plus au cours d'une même journée ?	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 1 fois ou plus
18. Au cours de l'année écoulée, avez-vous consommé une drogue récréative autre que le cannabis ou pris un médicament délivré sur ordonnance mais pour des raisons non médicales ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
19. Si vous avez répondu « oui » à la question 18 ci-dessus, consultez-vous régulièrement un professionnel de la toxicomanie ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> S/O	
20. Si vous ne consultez pas régulièrement un professionnel en toxicomanie, voulez-vous être orienté ou aidé à en contacter un ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> S/O
21. Si vous consultez régulièrement un professionnel en toxicomanie, avez-vous manqué des rendez-vous au cours du dernier mois ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> S/O
22. Avez-vous eu des rapports sexuels non protégés au cours des 6 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
23. Avez-vous partagé des aiguilles au cours des 6 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
24. Souhaitez-vous être informé des ateliers d'éducation sanitaire qui se tiennent dans votre zone ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – Nous vous contacterons si des formations sont organisées
25. Souhaitez-vous parler au coordinateur des soins toute autre raison ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Observations :	
Indiquez toutes les façons dont il est possible de vous joindre pour le suivi des réponses « oui » ci-dessus (<i>inclure nouvelles coordonnées le cas échéant</i>) : <input type="checkbox"/> Tél. : _____ <input type="checkbox"/> Courrier : _____ <input type="checkbox"/> Courriel : _____	
Si vous ne pouvez pas être contacté par les moyens indiqués ci-dessus et/ou si vous ne souhaitez pas recevoir de courrier, quand pourrez-vous faire le point avec votre coordinateur de soins au sujet des réponses « oui » ?	

Office use only: If "yes" has been answered please refer to CC, indicate below the steps taken:

<input type="checkbox"/> Referred to CC by phone, date: _____	Initials: _____
<input type="checkbox"/> Referred to CC by e-mail, date: _____	Initials: _____
<input type="checkbox"/> Referred to CC in person, date: _____	Initials: _____
<input type="checkbox"/> CC confirms contact with client, date: _____	Initials: _____

Nom du client _____