



## Triage pour la gestion des dossiers

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 responsable du dossier assurera le suivi de toutes les réponses « oui » cochées dans cette colonne.
1. Avez-vous reçu de nouveaux diagnostics au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2. Avez-vous omis de prendre une de vos doses de médicaments au cours des 30 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
3. Avez-vous eu des problèmes ou connu des retards pour obtenir vos médicaments ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
4. 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
5. Avez-vous observé des changements importants dans vos habitudes alimentaires ou un manque d'appétit au cours des 30 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
6. Avez-vous connu, de manière inexplicable, une perte ou un gain de poids appréciable au cours des 30 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
7. Cela fait-il plus de 12 mois que vous n'avez pas vu votre médecin ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
8. Cela fait-il plus de 12 mois que vous n'avez pas vu votre spécialiste VIH ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
9. Cela fait-il plus de 6 mois que vous n'avez pas fait d'exams de laboratoire ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
10. Avez-vous de graves problèmes ou douleurs dentaires ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
11. Si vous consommez/mâchez du tabac ou fumez des cigarettes, souhaitez-vous arrêter ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> S/O
12. Êtes-vous préoccupé par votre situation de logement ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
13. 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
<b>Au cours des 12 derniers mois :</b> 14. 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 15. 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	Réponse « souvent » ou « parfois aux questions 14 ou 15 » ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
16. 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
17. Êtes-vous actuellement sans assurance ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

18. 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
19. Souhaitez-vous obtenir de l'aide pour reprendre le travail ou faire du bénévolat ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>Au cours des deux dernières semaines :</b> 20. Avez-vous éprouvé un faible intérêt / plaisir à faire certaines choses ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 21. Vous êtes-vous senti abattu, déprimé ou sans plus d'espoir ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 22. Si vous avez répondu « oui » aux questions 17 ou 18 ci-dessus, consultez-vous régulièrement un professionnel de la santé mentale ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> S/O	
23. 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
24. 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
25. Au cours de l'année passée : <b>Homme/identification masculine</b> – Combien de fois avez-vous consommé 5 boissons alcoolisées ou plus au cours d'une même journée ? <b>Femme/identification féminine</b> – 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
26. 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 27. Si vous avez répondu « oui » à la question 23 ci-dessus, consultez-vous régulièrement un professionnel de la toxicomanie ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> S/O	
28. 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
29. 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
30. Avez-vous eu des rapports sexuels non protégés au cours des 6 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
31. Avez-vous partagé des aiguilles au cours des 6 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
32. 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
33. Souhaitez-vous parler au responsable de votre dossier pour toute autre raison ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Observations :	
Indiquez toutes les façons dont vous pouvez être contacté pour le suivi des réponses « oui » ci-dessus (inclure au besoin les nouvelles coordonnées) : <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Courrier	
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 le responsable de votre dossier au sujet des réponses « oui » ?	