

Adolescents en centres jeunesse : comment évaluer la santé des vulnérables parmi les vulnérables

Youth in Custodial Facilities: Vulnerables among vulnerables

Yves Lambert, md CCMF, FCMF, Centre jeunesse de la Montérégie, Professeur adjoint de clinique, UdeM

Jean Yves Frappier, md, FRCPC, MSc.
CHU Ste-Justine, Professeur titulaire, UdeM

Manon Duchesne, md, Centre jeunesse de Montréal-IU, Chargée d'enseignement clinique, UdeM

Ronald Chartrand, PsyEd, ACJQ

Note:

Cette session will be **en**
FrenGLISH

SVP ...

- Vous pouvez utiliser tous les éléments de la grille d'évaluation ainsi que de cette présentation
- Toutefois, par respect pour les personnes qui ont contribué à ce travail, nous vous demandons de le référencer :

©Lambert, Frappier, Duchesne, Chartrand, le Regroupement des médecins et des infirmières en Centres jeunesse

Objectifs ...

- Décrire l'état de santé des jeunes **hébergés en CJ**
- Présenter :
 - les **caractéristiques particulières** de cette clientèle
 - des indices de **complexité/sévérité** de leurs besoins en matière de santé
 - leurs besoins en matière de service
- S'approprier un **outil d'évaluation adapté** à cette clientèle hautement vulnérable

Sources:

- Rapport de recherche sur la santé des jeunes hébergés en CJ:

<http://www.centrejeunessemonteregie.qc.ca/wp-content/uploads/2015/04/rapport-sante-cr-des-cj2015-3-14.pdf> ou en format court : <http://bit.ly/1P7FtQV>



- Grilles préexistantes dans l'ensemble des Centres jeunesse
- Validation des versions par les infirmières/md ayant participé au projet. (ad version 1.0)

Premier message :

- On ne peut espérer évaluer des problèmes et des situations complexes avec des outils courts et simples
- ET ... il faut du temps ...

Pour débiter ...



Association des
centres jeunesse
du Québec

p.1

GRILLE D'ÉVALUATION SANTE : INFIRMIERE-MEDECIN

IDENTIFICATION					
Numéro d'usager :					
Nom			Prénom		
Date de naissance					
Année/mois/jour					
N° d'assurance maladie			Exp :		
Nom de l'unité					
Éducateur(trice) responsable					
Nom de l'intervenant social					
Cadre légal		LPJ <input type="checkbox"/>	LSSSS <input type="checkbox"/>	LSJPA <input type="checkbox"/>	
Motif du placement		Date de placement :			
Abus physique <input type="checkbox"/>		Abus sexuel <input type="checkbox"/>		Abandon <input type="checkbox"/>	
Mauvais traitement psychologique <input type="checkbox"/>		Négligence <input type="checkbox"/>		Troubles de comportement sérieux <input type="checkbox"/>	
Nombre de placements antérieurs		Durée du placement:			
Réaction au placement					
1 (mauvaise)	2 <input type="checkbox"/>	3	4 <input type="checkbox"/>	5 (bonne)	
HISTOIRE SOCIOFAMILIALE					
Garde légale		Mère <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	
Lieu de naissance			Pays		
Jeune					
Père					
Mère					
RESIDENCE HABITUELLE AVANT LE PLACEMENT EN CENTRE DE READAPTATION					
Les deux parents <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qui sont-ils ?

- En 2012, **2 791** adolescents étaient hébergés dans un Centre de Réadaptation (CR), pour des troubles du **comportement, négligence ou maltraitance.**

- **Recherche descriptive, transversale 2012-13**

- **7 Centres jeunesse, 13 centres de réadaptation**

- Montréal (4 sites: MSA, DSM, RVP, CDP)
- Montérégie (3 sites: Chambly, Longueuil, St Hyacinthe)
- Québec (2 sites)
- Laval (participation limitée)
- Estrie
- Saguenay
- Abitibi

Participant(e)s

315 adolescent(e)s

	Jeunes (N)	%
Féminin	134	43%
Masculin	181	57%
14-15 ans	-	52%
16-17 ans	-	48%

**Les résultats sont parfois présentés par sexe
lorsque trop de différences entre sexes**

Et la famille ...

p.1 + p.5

HISTOIRE SOCIOFAMILIALE	
Garde légale	Mère Père Autre
Lieu de naissance	Pays
Jeune	
Père	
Mère	

Données sur la famille

Structure

	Total	<u>Comparaison</u>
Monoparentale	58%	14%
<u>Biparentale</u>	19%	62%
Reconstituée /autres	21%	24%

Antécédents dans la famille

Antécédents et histoires de problèmes de santé

	Total	C
Antécédents de maladie physique chronique	69%	30-35%
Antécédents de maladie mentale (35)	48%	≈20%
Consommation tabac (64)	73%	25-30%
Problème alcool / drogues (41)	57%	≈20%

Antécédents « PROBLÉMATIQUES »

(avoir des parents séparés),
avoir un membre de la famille en **prison**,
qui s'est **suicidé** ou qui a été victime d'**homicide**,
avoir des parents ou une fratrie atteints d'un problème de **santé mentale**
ou qui présentent une consommation de substances / **toxicomanie**

Nombre d'antécédents problématiques : excluant parents séparés	Filles % brut	Garçons % brut	Total % brut
0	19,4	31,5	26,3
1	29,9	31,5	30,8
2	35,1	27,1	30,5
3+	14,9	9,4	11,7
Au moins un	79,9	68,0	73,0

Violences

Abus physique et sexuel: intra et extra familial

	F	C		G	C
Abus physique intrafamilial	51%	28%		40%	23%
Abus physique extrafamilial	45%		46%		
Agression sexuelle intra/extra familial	46%	12%		6%	5%

Allergies

p.2

QUESTIONNAIRE MEDICAL			
ALLERGIE(S)	Non — Oui	Type de réaction	Non — Oui
Anaphylactique	Test d'allergie effectué		
Anaphylactique	Test d'allergie effectué		
Anaphylactique	Test d'allergie effectué		
À besoin d'épipen	A en sa possession	Maîtrise la technique	
Intolérance(s)			



	Auto_rapporté			Éducateur			MD /Inf		
	Filles %	Garçons %	Total %	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Allergie aux médicaments	10	8	9	- 6	- 2	- 4	+ 2	+ 5	+ 3
Allergie	24	22	23	- 7	- 5	- 6	+ 9	+ 14	+ 11
Épipen*	--	--	--	--	--	--	9,0%	2,2%	5,1%
Asthme	17	25	22	- 6	- 10	- 9	- 1	- 9	- 5

L'accès au médecin ...

p.2

Grille d'évaluation santé : Infirmière-médecin

CONSULTATIONS SANTE		
Médecin de famille	Dernier rendez-vous	
Prochain rendez-vous		
Nom :		
Si pas de MD, inscription à GACO faite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Médecin spécialiste	Dernier rendez-vous	
Prochain rendez-vous		
Nom :		
Médecin spécialiste	Dernier rendez-vous	
Prochain rendez-vous		
Nom :		
Psychologue	Dernier rendez-vous	
Prochain rendez-vous		
Nom :		
Dentiste	Dernier rendez-vous	
Prochain rendez-vous		
Nom :		
Optométriste	Dernier rendez-vous	
Prochain rendez-vous		
Nom :		
Autre	Dernier rendez-vous	
Prochain rendez-vous		
Nom :		
ANTECEDENTS MEDICAUX, HOSPITALISATION, CHIRURGICAUX.		DATE
Antécédents médicaux : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		
Hospitalisation : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		
Chirurgie : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		

Médecin de famille ou suivi médical

- résultats parmi ceux et celles qui ont un médecin.
- données d'interprétation limitée: données manquantes.....

65% des jeunes mentionnent qu'ils ont un médecin, mais ceci ne présume pas de la fréquence des rendez-vous ou ne signifie pas qu'il y a prise en charge, les rendez-vous pouvant être ponctuels. le dernier rendez-vous date de **9 mois** en moyenne et peut aller jusqu'à 22 mois.

	Filles (%)	Gars (%)	Total (%)
A un médecin	62,7	67,5	65,4
Médecine familiale *	46,8	64,5	56,2
Pédiatre *	13,8	23,0	18,9
Autre *	23,9	28,6	26,5

Médicaments...

p.3

Grille d'évaluation santé : Infirmière-médecin

Médication, prescrite ou non						
Médicament	Dosage	Depuis	Raisons invoquées	Effets secondaires	Renouvellement ad	MD prescripteur
Prise de médicaments / Observance						
Régulier	<input checked="" type="checkbox"/>	+ / - bien	<input checked="" type="checkbox"/>	Refus	<input checked="" type="checkbox"/>	
Besoin de réévaluation	<input checked="" type="checkbox"/>		Besoin d'enseignement		<input checked="" type="checkbox"/>	
Commentaires :						
Carnet de vaccination						
Complet	<input checked="" type="checkbox"/>	Incomplet	<input checked="" type="checkbox"/>	À vérifier	<input checked="" type="checkbox"/>	Inexistant

Semaine précédant admission	Filles (%)	Garçons (%)	Total (%)
A pris au moins un médicament	54 _± 6	52 _± 0	53_±1
Anxiolytique *	13 _± 9	9 _± 8	11 _± 6
Tranquillisant *	6 _± 9	4 _± 3	5 _± 5
Antipsychotique atypique *	20 _± 8	18 _± 5	19 _± 5
Antidépresseur *	19 _± 4	4 _± 3	11 _± 0
Traitement pour asthme *	6 _± 9	12 _± 0	9 _± 8
Analgésique/anti-douleur *	62_±5	45_±7	53_±0 =25% du total!
Anti-toux *	11 _± 1	14 _± 1	12 _± 8
Antibiotique *	5 _± 6	8 _± 7	7 _± 3
Vitamines *	19 _± 4	16 _± 3	17 _± 7
Psychostimulants (TDAH)*	22 _± 2	44 _± 6	34 _± 8
Autres *	19 _± 7	9 _± 1	13 _± 7

Rx : ...selon les acteurs ...

	<u>Auto -rapporté</u>			<u>Éducateur*</u>			<u>Inf/md</u>		
	Filles %	Garçons %	Total %	Filles %	Garçons %	Total %	Filles %	Garçons %	Total %
A pris au moins un médicament	54,6	52,0	53,1	32,1	36,5	34,6	47,3	49,4	48,5
Si prend un médicament, quel % en a pris au moins un en santé mentale	53,4	53,3	53,3	24,6	27,2	26,7	65,6	60,7	62,7

* Beaucoup de valeurs manquantes chez les éducateurs ... manquant = NSP ??

Sommeil : au-delà des lits du CJ ..

Grille d'évaluation santé : Infirmière-médecin

HABITUDES DE VIE / REPOS ET SOMMEIL				AR F	AR G	ED F	ED G	I/M F	I/M G
Comment était ton sommeil?									
Avant ton arrivée	Bon ■	Plus ou moins bon ■	Mauvais ■						
Après ton arrivée	Bon ■	Plus ou moins bon ■	Mauvais ■						
As-tu de la difficulté à t'endormir? + de 30minutes pour t'endormir (insomnie initiale)									
Avant ton arrivée	Non ■	Oui ■		Mauvaise qualité	34%	-14 M+++	-2 M+++	0	+6
Après ton arrivée	Non ■	Oui ■							
Est-ce que tu te réveilles tôt le matin? (insomnie terminale)									
Avant ton arrivée	Non ■	Plus ou moins ■	Oui ■	Difficulté à s'endormir	55%	-20 M+++	-18 M+++	-3	+1
Après ton arrivée	Non ■	Plus ou moins ■	Oui ■						
Est-ce que tu te réveilles fréquemment la nuit?									
Avant ton arrivée	Non ■	Plus ou moins ■	Oui ■	<ul style="list-style-type: none"> Au moins un problème en lien avec le sommeil [≥ 3 problèmes] 	-	-	-	-	81% [31%]
Après ton arrivée	Non ■	Plus ou moins ■	Oui ■						
Heures de coucher semaine		Heure de coucher FDS	Heure de sommeil/nuit						
Avant ton arrivée									
Après ton arrivée									
Niveau d'énergie (fatigue diurne)									
1 (peu) ■	2 ■	3 ■	4 ■						5 (beaucoup)

NB: 20-50% dans la pop. générale

Sommeil ... parce que ...

- Les problèmes de sommeil sont associés à :
 - problèmes de consommation,
 - maladies physiques ou mentales (excluant le TDAH),
 - usage de boissons énergisantes,
 - abus intra ou extra familiaux,
 - présence d'événements adverses.

Il est intéressant de noter que quelques items faciles à évaluer permettent de distinguer les plus vulnérables parmi cette population déjà vulnérable.

Habitudes ...

HABITUDES DE VIE / CONSOMMATION, DEPENDANCE				Problématique	Désir d'arrêter	Besoin d'enseignement
Substance type	Non — Oui	Quantité Fréquence	Depuis quand?			
Tabac						
Alcool						
Drogues (type)						
Cannabis						
Ecstasy						
Amphétamines						
Autres						
UDI						
Intranasal						
Boisson énergisante						
Jeux \$\$						
Écran						
Autre						
DEP – ADO fait	Résultat :					

Consommation d'alcool et de drogues, rapportée à l'infirmière ou au médecin...suite
Calcul fait chez ceux et celles qui consomment

	Filles %	Garçons %	Total %
A déjà fait usage de drogues injectées (n=290)	7,4	1,8	4,1
A déjà fait une surdose de drogues M=52	17,3	10,7	13,3
A déjà fait un sevrage de drogues M=28	32,8	20,8	25,8
Dit avoir fait un sevrage depuis son arrivée au centre M=33			
Peut-être	9,5	4,8	6,7
Oui	13,8	15,7	14,9
Inquiétude par rapport à sa consommation (drogues et/ou alcool)¹			M=62
Non préoccupé	70,6	68,9	69,6
Plus ou moins préoccupé	13,7	13,9	13,8
Très préoccupé	15,7	17,2	16,6
A rencontré un professionnel au sujet de sa consommation M=41	33,3	39,4	36,9
Est déjà allé en cure de désintoxication M=41	15,9	11,8	13,5
Aimerait de l'aide à propos de sa consommation M=45			
Oui	12,6	10,7	11,5
Peut-être	4,5	9,4	7,4

¹ Échelle de 1 à 10. Regroupées en :

- Non préoccupé (1+2+3)
- Plus ou moins préoccupé (4+5+6)
- Très préoccupé (7+8+9+10)

Chez ceux et celles qui consomment, effets néfastes de la consommation, rapportés par le jeune à l'infirmière ou au médecin *

	Filles %	Garçons %	Total %
Problèmes psychologiques	42,6	28,4	34,3
Conséquences physiques de la consommation	31,0	25,5	27,8
Difficultés relationnelles avec la famille	52,6	61,0	57,5
Difficultés relationnelles en amitié ou en amour	37,9	33,5	35,4
Difficultés scolaires	45,6	59,4	53,6
Problèmes financiers	28,4	46,6	39,1
Acte délinquant en état de consommation	33,6	52,8	44,8
Tolérance	53,4	53,7	53,6
Prise de risques en état de consommation	44,0	59,8	53,2
Discussion avec un intervenant au sujet de la consommation	56,1	57,9	57,2

* Environ 35 données manquantes.

DEP-Ado

Feu **vert** : aucun problème évident de consommation.
 Feu **jaune** : problème en émergence – Intervention précoce souhaitable.
 Feu **rouge** : problème évident – Intervention spécialisée nécessaire.

	Filles %			Garçons %			Total %		
	Vert	Jaune	Rouge	Vert	Jaune	Rouge	Vert	Jaune	Rouge
Montréal	45,2	26,2	28,6	32,5	20,8	46,8	37,0	22,7	40,3
Montérégie	38,5	26,9	34,5	26,9	25,0	48,1	30,8	25,6	43,6
Régions *	28,6	25,0	46,4	10,7	32,1	57,1	19,6	28,6	51,8
Québec	34,5	27,6	37,9	22,2	11,1	66,7	29,8	21,3	48,9
TOTAL	37,6	26,4	36,0	26,3	22,9	50,9	31,0	24,3	44,7

* Régions= Laval, Abitibi, Estrie, Saguenay/Lac St-Jean

On remarque que comparativement à Montréal et à la Montérégie, plus de jeunes cotent "rouge" à Québec et en région.

Sur le Dep-Ado: <http://bit.ly/1jRO69o>

Abus de substances: DEP-ADO

	F	G	Total	Comparaison
VERT	38%	26%	31%	90%
JAUNE	26%	23%	24%	5%
ROUGE	36%	51%	45%	5%

Dep-Ado détecte la consommation problématique alcool et drogues des 12 derniers mois; calcul d'un score qui indique s'il y a lieu de faire une intervention, une référence à un organisme de première ligne ou spécialisé en toxicomanie.

- Feu vert :** aucun problème évident de consommation;
- Feu jaune :** problème en émergence – Intervention précoce souhaitable;
- Feu rouge :** problème évident – Intervention spécialisée nécessaire.

Abus substances: tabac, drogues...

	F	G		C
Fume tabac régulièrement	55%	62%		<25%
Drogues: ont consommé régulièrement	69%	77%		
Cannabis : 3 fois/semaine et plus	28%	46%		< 5 %
Consommation				
• Impact physique	31%	26%		--
• Impact psychologique	43%	28%		



Abus de substances drogues et alcool

Comme nous l'avons vu précédemment, le DEP-ADO est un instrument validé qui permet de détecter la présence de substances, le feu rouge étant la plus alarmante des situations.

Nous avons utilisé un autre ensemble de données pour évaluer l'abus de substances, bien que cette méthode ne soit pas validée comme le DEP-ADO.

Nous avons utilisé les variables suivantes pour définir notre variable regroupée « **abus de substance** » :

- alcool /cannabis / ecstasy / amphétamines / cocaïne (3 fois/semaine et plus)
- a consulté à l'hôpital pour intoxication à l'alcool
- a fait dans sa vie une overdose de drogue
- a fait dans sa vie un sevrage de drogue
- a été dans sa vie en désintoxication

Abus de substances

	Filles %	Garçons %	Total %
Présente un problème d'abus de substances	60,8	68,2	65,1
Aucun problème	39,2	31,8	34,9
1 problème	21,6	31,8	27,6
2 problèmes	12,8	18,2	15,9
3 problèmes et plus	26,4	18,2	21,6

Dépendances

Également, il était intéressant de calculer un indice évaluant les dépendances de toutes sortes (substances, jeux) À nouveau, ce n'est pas un indice validé.

Nous avons défini comme variable regroupée – **dépendances** - :

- usage régulier de tabac
- tentative antérieure d'arrêt tabagique
- usage de boissons énergisantes/alcool/marijuana/ecstasy/cocaïne (3 fois/semaine et plus)
- antécédent d'overdose
- antécédent de sevrage (y compris depuis son arrivée au centre)
- antécédent de désintoxication
- jeux d'argent tous les jours
- se dit préoccupé ou inquiet par rapport à ses habitudes de jeux (7 à 10 sur une échelle de 0-10)

Dépendances (tabac, drogues, alcool, boissons énergisantes, jeux...)

	Filles	Garçons	Total
	%	%	%
Présente au moins une dépendance	77,3	81,2	79,6
Nombre de dépendances			
Aucune	22,7	18,8	20,4
1	18,2	17,7	17,9
2	20,5	18,8	19,5
3 et plus	38,6	44,8	42,2

p. 5

Grille d'évaluation santé : Infirmière-médecin

PARCOURS DE DESINTOXICATION			
Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	À quel endroit?	
SCOLARISATION			
Étudiant	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Niveau
		Retard scolaire (nbre d'années)	
Plan de carrière			
LOISIRS/ACTIVITES PHYSIQUES			
Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Lesquels	
TRAVAIL			
Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Nbre d'heures/semaine	

GENOGRAMME (AU BESOIN)

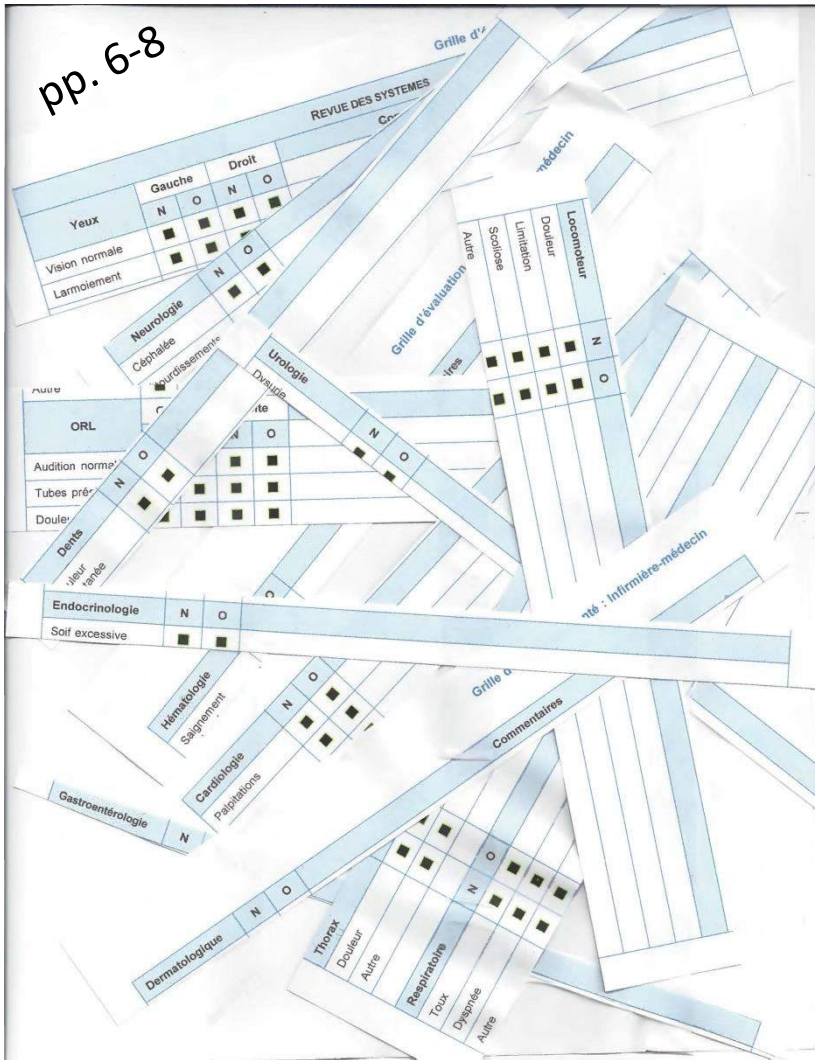
- H
- E
- A
- D
- S
- S
- S
- S
- S?

<http://www.leschildres.com>

[assessment20guide1.pdf](#)

Enjeu de fluidité ...

Revue des systèmes ... parce que ...



- Beaucoup d'oublis
- Systématiser
- Plus facile en mode à cocher
- Plus évident en multi (md + inf)
- « Somatisation »
- Sexualité comme un autre système
- « Trapper » les éléments moins fréquents
- Diminuer les risques de biais d'interprétation
- Rappel aux entrevues subséquentes

- Risques:
 - RSPP
 - « rigidifier » l'entrevue
- ... (enseignement)

Exemple de Sx ressentis par les jeunes et différentiel...

	Auto rapporté (%)			Éducateur			Infirmière/MD		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Fatigue	82,3	53,9	65,9	-44,1	-21,8	-31,2	-21,7	-16,5	-18,6
Maux de tête	71,5	45,5	56,5	-40,4	-23,5	-30,6	-22,3	-17,2	-19,3
Étourdissements	43,8	28,7	35,1	-32,3	-20,4	-25,4	-11,2	-15,4	-13,6
Syncope	8,5	1,7	4,5	-6,9	-1,1	-3,5	-1,7	-0,6	-1,0
Tics	15,5	21,9	19,2	-11,4	-13,6	-12,6	-8,7	-13,6	-11,5
Douleur oculaire	23,1	18,5	20,5	-19,8	-16,7	-18,1	-11,7	-15,1	-13,7
Nez qui coule/bouché	43,8	37,6	40,3	-35,6	-27,5	-31,0	-19,6	-20,4	-20,1
Saignement de nez	16,9	16,3	16,6	-14,4	-12,1	-13,2	-7,1	-8,0	-7,6
Mal de gorge	33,3	22,5	27,0	-26,0	-12,4	-18,1	-13,6	-11,4	-12,3
Palpitations cardiaques	28,5	15,2	20,8	-26,9	-10,4	-17,4	-14,1	-5,8	-9,3
Difficultés respiratoires	26,9	16,3	20,8	-22,0	-8,0	-13,9	-10,2	-4,6	-7,0
Nausées	38,5	14,0	24,4	-23,1	-8,3	-13,7	-20,3	-5,1	-11,6
Brûlement d'estomac	18,5	14,6	16,2	-12,8	-12,2	-12,4	+1,2	-4,6	-2,1
Douleur au ventre	49,2	17,5	30,9	-29,7	-8,6	-17,5	-22,7	-9,7	-15,2
Problème transit intestinal	23,1	13,6	17,6	-19,0	-11,2	-14,5	-7,9	-8,6	-8,3
Problème urinaire	14,6	2,8	7,8	-12,2	-1,0	-5,7	-10,1	-1,7	-5,2
Douleur musculaire	55,0	44,6	49,0	-41,9	-32,0	-36,2	-11,1	+5,7	-1,4
Limitation articulaire	12,3	13,0	12,7	-8,2	-10,0	-9,2	-5,5	-1,9	-3,4
Lésion cutanée	22,3	11,9	16,3	-12,5	-0,7	-5,6	-6,4	+2,5	-1,2
Saignements prolongés	20,0	9,0	13,7	-18,4	-8,4	-12,7	-13,1	-6,8	-9,5
Anémie	3,8	0,6	2,0	-3,0	-0,6	-1,7	+2,3	0,0	+0,9
Crainte ITSS	26,2	9,6	16,6	-9,9	-1,9	-5,3	+9,6	+13,0	+11,7

Sx somatoformes

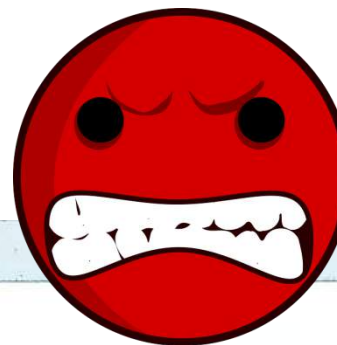
	Auto rapporté (%)			Éducateur *			Infirmière/MD		
	Filles %	Garçons %	Total %	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
Fatigue	82	54	66	- 47	- 24	- 34	- 21	- 17	- 19
Maux de tête	72	46	57	- 44	- 36	- 33	- 23	- 18	- 20
Étourdissements	44	29	35	- 34	- 23	- 26	- 11	- 16	- 13
Syncope	9	2	5	- 7	- 1	- 4	- 2	- 1	- 1
Palpitations cardiaques	29	15	21	- 27	- 11	- 18	- 15	- 6	- 9
Nausées	39	14	24	- 25	- 7	- 14	- 21	- 5	- 11
Brûlement d'estomac	19	15	16	- 14	- 13	- 12	- 9	- 5	- 2
Douleur au ventre	49	18	31	- 18	- 10	- 19	- 22	- 10	- 15
Douleur musculaire	55	45	49	- 43	- 33	- 37	- 11	+ 5	- 1

* Les données des éducateurs sont des données brutes, étant donné que plusieurs données sont manquantes

Sx somatoformes

	AR F	AR G	AR Total		ED F	ED G		I/MD F	I/MD G
Aucun	3%	20%	13%		+32	+26		+12	+1
3 et plus	72%	41%	53%		-52	-29		-21	-14

Problèmes dentaires ... Surprise



p. 6

Dents	N	O
Douleur spontanée	■	■
Douleur à la mastication	■	■
Douleur la nuit	■	■
Saignements	■	■
Lésion(s) des gencives	■	■
Autre	■	■

	F	G	Total
Au moins un problème / plainte dentaire	77%	73%	75%
• 3 et +	37%	28%	32%

Gynéco–Sexo et Cie...

Génital masculin		N	O	Commentaires						
Écoulements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	} Enjeux de normalité fréquents							
Lésions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Masse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Symptômes anorectaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Sexualité (M)		N	O							
Coïtarche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quel âge? :							
Coïtalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Caratéristiques des partenaires de la dernière année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Régulier <input type="checkbox"/> Nbre : _____	Occasionnel <input type="checkbox"/> Nbre : _____		Anonyme <input type="checkbox"/> Nbre : _____				
			Âge :		Âge :		Âge :			
			Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M+F <input type="checkbox"/>			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M+F <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M+F <input type="checkbox"/>		
Rupture récente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Dernière relation non protégée (date)										
Dernier dépistage (Date)										
Déjà eu une ITSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Prostitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abus Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>							
Type de pratiques (M)	Orales		Vaginales			Anales				
	Condom		Condom			Condom				
	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Toujours		

p. 9-10

Génital féminin			N	O
Ménarche			an(s)	
DDM			Durée	
	N	O		
Dysménorrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cycle régulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Saignements intermenstruels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Leucorrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Génital féminin(suite)											
G _ P _ A _											
Sexualité (F)	N	O									
Coïtarche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quel âge? :								
Coïtalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Caractéristiques des partenaires de la dernière année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Régulier <input type="checkbox"/> Nbre : _____			Occasionnel <input type="checkbox"/> Nbre : _____			Anonyme <input type="checkbox"/> Nbre : _____		
	Age :		Âge :			Âge :					
	Sexe		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	M+F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	M+F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	M+F <input type="checkbox"/>
Rupture récente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Dernière relation non protégée (date)											
Dernier dépistage	(Date)										
Déjà eu une ITSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Utilisation de la COU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Contraception actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contraception antérieure :								
Désir de grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Prostitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abus		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>					
Type de pratiques (F)	Orales			Vaginales			Anales				
	Condom			Condom			Condom				
	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Toujours	Jamais	Occasionnellement	Toujours	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/> Toujours		

Notes :

Sexualité à risque

On définit une sexualité à risque selon les critères suivants :

- Première relation sexuelle orale, vaginale avant 13 ans
- Utilisation non régulière du condom pour les relations sexuelles vaginales
- Relations sexuelles sous influence de drogues ou alcool
- Non utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle
- Aucun autre moyen de contraception lors de la dernière relation sexuelle
- Dans sa vie, a déjà reçu de l'argent en échange de relations sexuelles
- Dans sa vie, a déjà reçu quelque chose d'autre que de l'argent en échange de relations sexuelles: cadeaux, drogue, hébergement
- 6 et plus partenaires sexuels à vie
- Déjà eu une infection transmise sexuellement
- N'a pas un moyen de contraception (filles seulement)
- A été enceinte (fille); a déjà mis une fille enceinte (garçon)
- A le goût d'avoir un enfant sous peu

Sexualité à risque

	F	G
Aucun des éléments	11%	22%
3 éléments et +	48%	33%
•DEP-ADO rouge	8 X	2.5 X

	F	G	C
Actifs sexuellement	85%	74%	≈35%
Prostitution	10%	4%	-
Grossesse	14 %	9%	F/2-6%
Condom: régulier	60%	66%	

Santé mentale

INDICES DE TROUBLES MENTAUX EN EMERGENCE EN PRESENCE			
	N	O	Commentaires
Outil de suivi de l'état de santé mentale complété			
1. Inattention	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Impulsivité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Hyperactivité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
4. Agressivité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
5. Anxiété	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Obsession/Compulsion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
7. Phobie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
8. Rash back	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
9. Hyperémotivité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
10. Hallucination visuelle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
11. Hallucination auditive	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
12. Humeur dépressive marquée, tristesse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
13. Pleurs	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
14. Perte d'intérêt / Anhédonie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
15. Isolement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
16. Automutilation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
17. Idées suicidaires	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
18. Tentative de suicide	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
19. Autres	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

A somatise

entenda des voix

Y'A UN TDAH, ON VEUT QUE TU Y PRESCRIVES...

Y S'OPPOSE

Santé mentale

INDICES DE TROUBLES MENTAUX EN EMERGENCE OU EN PRESENCE			
	N	O	Commentaires
<i>Outil de suivi de l'état de santé mentale complété</i>	■	■	
1. Inattention	■	■	
2. Impulsivité	■	■	
3. Hyperactivité	■	■	
4. Agressivité	■	■	
5. Anxiété	■	■	
6. Obsession/Compulsion	■	■	
7. Phobie	■	■	
8. Flash back	■	■	
9. Hypervigilance	■	■	
10. Hallucination visuelle	■	■	
11. Hallucination auditive	■	■	
12. Humeur dépressive marquée, tristesse	■	■	
13. Pleurs	■	■	
14. Perte d'intérêt / Anhédonie	■	■	
15. Isolement	■	■	
16. Automutilation	■	■	
17. Idées suicidaires	■	■	
18. Tentative de suicide	■	■	
19. Autres	■	■	

- Ne pas présumer...
- Bien écouter
- Valider / trianguler l'info
- Interprétation du jeune (payant +++)
- RÉ-évaluer
- Grilles ?

Santé mentale



	F	G
Déprimé(e): très (4,5)	23%	10%
Stress, anxiété: souvent	51%	25%
Automutilation	29%	18%

	F	C		G	C
Tentative de suicide dans les 12 derniers mois	33%	12%		19%	5%

Médicaments en santé mentale: Semaine avant admission

	F	G	C: F/G
OUI, en prenait	30%	28%	5-10%
• anxiolytique	8%	5%	2.5%
• antidépresseur	10%	2%	
• antipsychotique atypique	11%	9%	
• Psychostimulant (TDAH)	12%	23%	5 / 10%

Examen physique

pp. 11-13

Signes vitaux	Pouls	T/A Syst.	T/A diast.	Respiration	T°	Poids	Taille	IMC	Saturation	Tour de taille ^A
percentile		*	*			*	*	*		*

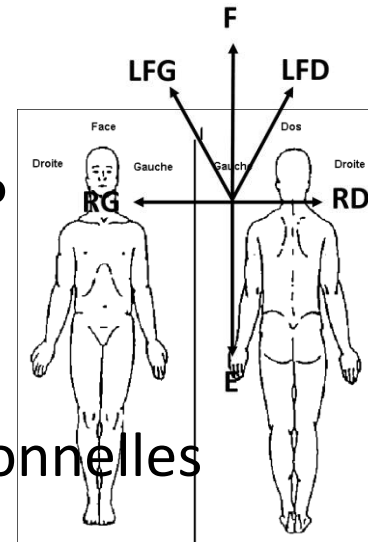
A: signalisé

Grille d'évaluation santé : Infirmière-médecin

EXAMEN PHYSIQUE					Commentaires
N : normal AN : Anormal	INF		MD		
	N	AN	N	AN	
État général	■	■	■	■	
Tête	■	■	■	■	
Yeux	■	■	■	■	
Oreilles-tympans	■	■	■	■	
Nez-bouche	■	■	■	■	
Cou-thyroïde	■	■	■	■	
Adénopathie	■	■	■	■	
Cœur	■	■	■	■	
Poumons	■	■	■	■	
Abdomen	■	■	■	■	
Foie-loges rénales	■	■	■	■	
TR	■	■	■	■	
Colonne	■	■	■	■	
Musculo-squelettique	■	■	■	■	
Neurologique sommaire	■	■	■	■	
Organes génitaux externes	■	■	■	■	
Vagin	■	■	■	■	
Col	■	■	■	■	
Utérus	■	■	■	■	
Annexes	■	■	■	■	
Mobilisation du col	■	■	■	■	
Peau	■	■	■	■	
Tanner					

EXAMEN MENTAL	
1. Apparence	
2. Collaboration	
3. Contact visuel	
4. Activité psychomotrice	
5. Humeur	
6. Affect	
7. Discours	
8. Cours de la pensée	
9. Contenu de la pensée	
10. Perception	

- CAMESA:
en Français : <http://bit.ly/1KowxmQ>
en Anglais: <http://comesaguideline.org/>
- Standardisation?
- Étoile de Maigne?
- Schéma corporel ?
- Autres outils ???
- QUI? COMMENT?
- Modalités rédactionnelles
- Signatures
- Réévaluations ...



pp. 15-20

Grille d'évaluation santé : Infirmière-médecin

Date	Inf/MD	Professionnel responsable

Grille d'évaluation santé : Infirmière-médecin

IMPRESSIONS DIAGNOSTIQUES ET CONDUITE A TENIR (INFIRMIERE ET MEDECIN) #2

- CODE
- 1- DEJA PRIS EN CHARGE
 - 2- NECESSITE UNE INVESTIGATION/TEST
 - 3- NECESSITE UNE REFERENCE
 - 4- NECESSITE UN TRAITEMENT MEDICAMENTEUX
 - 5- NECESSITE UN TRAITEMENT NON- MEDICAMENTEUX
 - 6- NECESSITE UN SUIVI MEDICAL AU CJ
 - 7- NECESSITE UN SUIVI INFIRMIER AU CJ
 - 8- NECESSITE UN MECANISME DE LIAISON/CONTACT DURANT LE SEJOUR EN CJ

MALADIES AIGUËS : NON OUI	CODE

SANTE MENTALE : NON OUI	CODE

TDAH : NON OUI	CODE

HABITUDES DE VIE (ALIMENTATION, POIDS, SOMMEIL) : NON OUI	CODE

Grille d'évaluation santé : Infirmière-médecin

SYMPTOMES NON SPECIFIQUES : NON OUI	CODE

Dx.: Modalites rédactionnelles

- « Littéraire »
- « Structuré », ±codes

- ...Des heures de plaisir 😊

Qui fait quoi ?

Grille d'évaluation santé : Infirmière-médecin

p.21

PLAN (INFIRMIERE ET MEDECIN)		Professionnel responsable
Inf/Md		

- Unique ou pas (à ce stade-ci ...) ?
- Enjeu des ordres professionnels

Et on trouve ?



Problèmes de santé identifiés par infirmière et médecin



	F	G	Total
Au moins un problème	92%	92%	92%
4 problèmes et plus	71%	46%	55%
Moyenne par jeune	6	4	4.7

Types de problèmes

	F	G	C
Aigus	32%	32%	
Maladies chroniques physiques	64%	70%	15-20%
Santé mentale (excluant TDAH)	48%	26%	20%
Santé mentale (incluant TDAH)	60%	50%	
TDAH avec ou sans autre santé mentale	25%	36%	F 9/G 16
Liés à santé sexuelle	70%	26%	

Prise en charge des **maladies chroniques**

	Total
Problèmes pris en charge	44%

Prise en charge:

asthme 56%

diabète 33%

migraine 15%

thyroïde 29%

peau 19%

épilepsie 29%

Chez ceux qui ont au moins un problème de santé, catégories diagnostiques et besoins identifiés par le médecin

Certaines catégories de diagnostics du médecin

	Filles	Garçons	Total	p
	%	%	%	
Problème aigu / physique	37,1	35,6	36,2	NS
Maladie chronique physique	74,2	78,1	76,6	NS
Problème de santé mentale, excluant TDAH isolé	48,3	26,0	34,5	0,002
Problème de santé mentale, incluant TDAH isolé	59,6	50,0	53,6	NS
TDAH (+ /- autre problème santé mentale)	24,7	35,6	31,5	0,05
TDAH et un autre problème de santé mentale	13,5	11,6	12,3	NS
Toxicomanie / abus de substances	44,9	34,2	38,3	0,06
Problème / besoin concernant la sexualité	80,9	29,5	48,9	0,000
Trouble d'apprentissage*	30,3	39,7	36,2	0,08
Problème dentaire	9,0	8,9	8,9	NS
Trouble nutrition/poids	13,5	2,1	6,4	0,001

*Trouble d'apprentissage = TDAH, déficit intellectuel, dyslexie, etc.

Interventions face aux problèmes

	F	G
À investiguer/réfé rer	62%	53%
À traiter/médicamenter/suivre au CJ	53%	48%
À suivre au CJ par infirmière	53%	31%
À suivre au CJ par MD	47%	20%

Problèmes de santé identifiés par régions

	Montréal Montréal	*Autres
Au moins un problème	98%	66%
4 problèmes et plus	54%	57%
À investiguer/référencer	62%	53%

*Autres régions: Laval, Estrie, Abitibi, Saguenay

Limitation fonctionnelle en raison d'une incapacité physique / mentale / problème de santé chronique

	Filles (%)	Garçons (%)	Total (%)
Activités limitées	23,6	18,6	20,7
	M=11	M=14	M=25
À la maison *	48,3	35,5	41,7
Au travail *	3,4	6,5	5,0
À l'école *	69,0	74,2	71,7
Activités de loisirs ou déplacements *	46,7	48,4	47,5

* calcul à partir des jeunes présentant des activités limitées

Dans la population générale, environ 13% des jeunes de 12-24 ans auraient une limitation fonctionnelle.

Sur-estimation des MD??

	F	G
Dep-ado (rouge = intervention spécialisée)	36%	51%
Diagnostic final du médecin: toxicomanie	34%	28%
> un problème dentaire rapporté par jeunes	77%	73%
Diagnostic final: problème dentaire	6%	7%
3 + problèmes de sommeil (jeune)	31%	20%
Diagnostic final: problème de sommeil	15%	13%

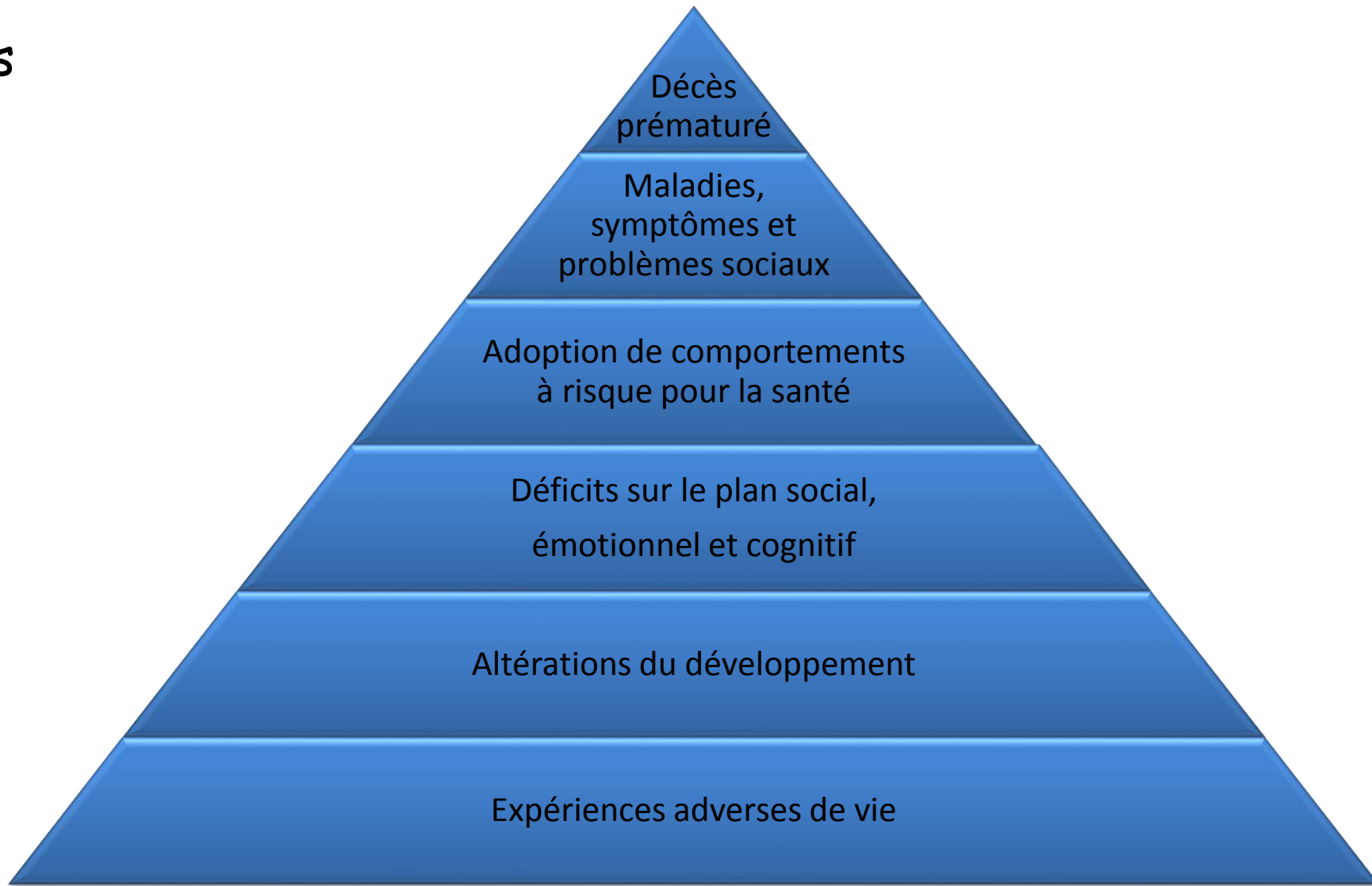


Identifier les **vulnérables** parmi les vulnérables

Relationship of Adverse Childhood Experiences (ACE)
to Adult Health Status.

ACE study par Felitti et Anda

Décès



Naissance

V Felitti, R Anda, Adverse Childhood Experiences (ACE study), Kaiser Permanente and CDC

Événements adverses

- avoir des parents séparés, une famille monoparentale ou reconstituée
- père/mère/membre de la fratrie en prison
- avoir des antécédents familiaux de problèmes de santé mentale
- avoir des antécédents familiaux de consommation/toxicomanie
- avoir été victime de violence physique par des personnes de la famille ou hors de la famille avant 13 ans (y compris taxage)
- avoir été abusé(e) ou agressé(e) sexuellement intra ou extra familial
- membre de la famille décédé par suicide / assassinat / overdose de drogues



Événements adverses dans l'enfance

Nombre d'événements adverses

	Filles	Garçons	Filetti
0	5%	11%	48%
1-2	37%	49%	38%
3 et plus	58%	40%	14%

Événements adverses et problèmes de santé

	Nbre d'événements adverses		
	Aucun	1+	3+
Problèmes de santé généraux/spécifiques			
≥ 1 problème de santé	81%	93%	95%
≥ 4 problèmes de santé	43%	56%	63%
Problème de santé chronique	59%	78%	82%
Problème de santé mentale selon jeune	59%	72%	79%
Mauvaise auto-perception état de santé	40%	59%	67%
Tentative suicide durant 12 derniers mois	13%	26%	32%
≥ 3 plaintes somatoformes	26%	37%	46%
Agressivité élevée (beaucoup) selon jeune	9%	26%	31%
Problème de sommeil	42%	80%	83%

DONC:

- Il y a un lien entre les événements adverses vécus durant l'enfance et les problèmes de santé , en nombre et en complexité
(co-morbidité, SM + Sphy)
 - Enjeu de culture psychosociale en CJ
 - Interactions bidirectionnelles probables
 - Mais ... aussi utilisable bidirectionnellement?
- Génomogramme : outil à privilégier ? (à la fois bio et psychosocial) : <http://www.genopro.com>



Pssst ...

- Questionnaires et processus évalués ...
 - Pertinent
 - Quelques questions plus difficiles
 - Drogues gars
 - Sexualité filles
 - Ni trop long ni trop court

 - Pour les infirmières
 - Un peu long
 - Pertinent
 - À l'usage deviennent plus performantes et savent où vont les réponses (entrevues plus fluides)

En résumé ...

- **Haute prévalence de problèmes de santé**
 - Facteurs de risque élevés
- **Prévalence plus élevée que la population générale adolescente: 2 à 4 fois plus élevée**
 - Sous-groupe plus vulnérable: Événements adverses
- **Besoins importants face aux problèmes de santé:**
 - Investigations, références, traitements, suivis au centre
 - **Liaisons** avec la communauté et les services spécialisés
 - Communications internes avec les équipes

Conclusion

- **Pourquoi intervenir et investir**
 - Groupe à risque, vulnérable et présentant une **grande souffrance**
 - **Consomme services** si non pris en charge adéquatement
 - **Coûts** de services mal planifiés (urgence, ambulances, accompagnement...)
 - **Obstacles à réadaptation** et au travail de l' éducateur / optimiser
 - Prendre soin de sa santé = améliorer le **lien thérapeutique** au centre
- **Ce sont des problèmes multidirectionnels**
 - Répercussions physiques des problèmes de santé mentale et des médicaments
 - Répercussion des problèmes physiques sur la santé mentale / les activités / le plan de réadaptation

Recommandations

- **En harmonie avec:**
 - la norme de pratique de L' ACJQ DSPQS-01
 - la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)
 - la Loi sur les services de santé et les services sociaux

- **Les recommandations respectent celles émises par des organismes comme:**
 - la Société canadienne de pédiatrie
 - l'American Academy of Pediatrics
 - le Child Welfare League of Canada et CWLA

Recommandations

1. **Faire un bilan de santé à l' aide d' outils standardisés pour tous les jeunes qui sont hébergés en centre de réadaptation (unité de vie et foyer de groupe)**
 - **(Questionnaire auto-administré dès l' admission** pour détecter et avoir des indications sur les problèmes de santé des enfants et des adolescents..)
 - Effectuer une **évaluation complète** des besoins de santé selon les standards reconnus.
 - Informatiser la grille bilan santé dans le but de recueillir des informations continues sur la santé de la clientèle et l' intégrer dans le dossier médical électronique.

Recommandations

2. Développer une organisation efficiente de service de santé qui soit axée sur le partenariat à l'interne et avec les services de santé dispensés dans la communauté.

- Assurer une **adéquation entre les besoins de santé et les effectifs et moyens** pour répondre à ces besoins.
- Assurer des **mécanismes de prise en charge des problèmes des jeunes avec les différents partenaires internes** au centre de réadaptation: éducateurs, intervenants sociaux, services de santé.
- Systématiser la mise en place de mécanismes formels de liaison pour garantir la **prise en charge globale et continuité d'une prise en charge des problèmes de santé dans la communauté.**

Conclusion pour cet atelier ...

- La santé des jeunes **hébergés en CJ** est complexe
- Ces jeunes présentent des **caractéristiques particulières** ainsi que des indices de **complexité/sévérité** de leurs besoins en matière de santé ainsi que de leurs besoins en matière de service
- Il est avantageux d'avoir un **outil d'évaluation adapté** à cette clientèle hautement vulnérable

MERCI!!!





GRILLE D'ÉVALUATION SANTE : INFIRMIERE-MEDECIN

IDENTIFICATION			
Numéro d'usager :			
Nom		Prénom	
Date de naissance			
	Année/mois/jour		
N° d'assurance maladie			Exp :

Nom de l'unité	
Éducateur(trice) responsable	
Nom de l'intervenant social	

Cadre légal	LPJ <input type="checkbox"/>	LSSSS <input type="checkbox"/>	LSJPA <input type="checkbox"/>
-------------	------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Motif du placement	Date de placement :				
Abus physique	<input type="checkbox"/>	Abus sexuel	<input type="checkbox"/>	Abandon	<input type="checkbox"/>
Mauvais traitement psychologique	<input type="checkbox"/>	Négligence	<input type="checkbox"/>	Troubles de comportement sérieux	<input type="checkbox"/>

Nombre de placements antérieurs		Durée du placement:		
Réaction au placement				
1 (mauvaise) <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 (bonne) <input type="checkbox"/>

HISTOIRE SOCIOFAMILIALE			
Garde légale	Mère <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Lieu de naissance	Pays		
Jeune			
Père			
Mère			

RESIDENCE HABITUELLE AVANT LE PLACEMENT EN CENTRE DE READAPTATION			
<input type="checkbox"/> Les deux parents	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Famille de proximité <input type="checkbox"/> Ressource de type familial <input type="checkbox"/> Autre CR	<input type="checkbox"/> Foyer de groupe <input type="checkbox"/> Ressource intermédiaire

CONSULTATIONS SANTE			
Médecin de famille	Dernier rendez-vous		Prochain rendez-vous
Nom :			
Si pas de MD, inscription à GACO faite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Médecin spécialiste	Dernier rendez-vous		Prochain rendez-vous
Nom :			
Médecin spécialiste	Dernier rendez-vous		Prochain rendez-vous
Nom :			
Psychologue	Dernier rendez-vous		Prochain rendez-vous
Nom :			
Dentiste	Dernier rendez-vous		Prochain rendez-vous
Nom :			
Optométriste	Dernier rendez-vous		Prochain rendez-vous
Nom :			
Autre	Dernier rendez-vous		Prochain rendez-vous
Nom :			
ANTECEDENTS MEDICAUX, HOSPITALISATION, CHIRURGICAUX.			DATE
Antécédents médicaux : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>			
Hospitalisation : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>			
Chirurgie : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>			

QUESTIONNAIRE MEDICAL						
ALLERGIE(S)	Non — Oui		Type de réaction		Non — Oui	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anaphylactique	Test d'allergie effectué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anaphylactique	Test d'allergie effectué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anaphylactique	Test d'allergie effectué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À besoin d'épipen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A en sa possession	Maîtrise la technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Médication, prescrite ou non						
Médicament	Dosage	Depuis	Raisons invoquées	Effets secondaires	Renouvellement ad	MD prescripteur
Prise de médicaments / Observance						
Régulier	<input type="checkbox"/>	+ / - bien	<input type="checkbox"/>	Refus	<input type="checkbox"/>	
Besoin de réévaluation	<input type="checkbox"/>		Besoin d'enseignement		<input type="checkbox"/>	
Commentaires :						
Carnet de vaccination						
Complet	<input type="checkbox"/>	Incomplet	<input type="checkbox"/>	À vérifier	<input type="checkbox"/>	Inexistant <input type="checkbox"/>
ANTECEDENTS FAMILIAUX : PROBLEMES DE SANTE PHYSIQUE ET MENTALE (Génogramme disponible en page 5)						
Père						
Mère						
Fratie						
HABITUDES DE VIE / ALIMENTATION AVANT LE PLACEMENT (PORTION/JOUR)						
Fruits (7-8)		Légumes (7-8)		Viande (2-3)		
Céréales (6-7)		Produits laitiers (3-4)				
Actuellement, que fais-tu concernant ton poids?						
J'essaie de :	Perdre du poids <input type="checkbox"/>	Gagner du poids <input type="checkbox"/>	Le maintenir <input type="checkbox"/>	Je ne fais rien <input type="checkbox"/>		
Mon appétit est :	Stable <input type="checkbox"/>	Augmenté <input type="checkbox"/>	Diminué <input type="checkbox"/>			
Notes :						

HABITUDES DE VIE / REPOS ET SOMMEIL				
Comment était ton sommeil?				
Avant ton arrivée	Bon <input type="checkbox"/>	Plus ou moins bon <input type="checkbox"/>	Mauvais <input type="checkbox"/>	
Après ton arrivée	Bon <input type="checkbox"/>	Plus ou moins bon <input type="checkbox"/>	Mauvais <input type="checkbox"/>	
As-tu de la difficulté à t'endormir? + de 30min pour t'endormir (insomnie initiale)				
Avant ton arrivée	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>		
Après ton arrivée	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>		
Est-ce que tu te réveilles tôt le matin? (insomnie terminale)				
Avant ton arrivée	Non <input type="checkbox"/>	Plus ou moins <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Après ton arrivée	Non <input type="checkbox"/>	Plus ou moins <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Est-ce que tu te réveilles fréquemment la nuit?				
Avant ton arrivée	Non <input type="checkbox"/>	Plus ou moins <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Après ton arrivée	Non <input type="checkbox"/>	Plus ou moins <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
	Heures de coucher semaine	Heure de coucher FDS	Heure de sommeil/nuit	
Avant ton arrivée				
Après ton arrivée				
Niveau d'énergie (fatigue diurne)				
1 (peu) <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 (beaucoup) <input type="checkbox"/>

HABITUDES DE VIE / CONSOMMATION, DEPENDANCE				Problématique	Desir d'arrêter	Besoin d'enseignement
Substance type	Non — Oui	Quantité Fréquence	Depuis quand?			
Tabac	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Alcool	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Drogues (type)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Cannabis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Ecstasy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Amphétamines	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Autres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
UDI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Intranasal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Boisson énergisante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Jeux \$\$	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Écran	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Autre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
DEP – ADO fait	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Résultat :				

PARCOURS DE DESINTOXICATION					
Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	À quel endroit?			
SCOLARISATION					
Étudiant	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Niveau		Retard scolaire (nbre d'années)
Plan de carrière					
LOISIRS/ACTIVITES PHYSIQUES					
Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Lesquels			
TRAVAIL					
Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Nbre d'heures/semaine			

GENOGRAMME (AU BESOIN)	

REVUE DES SYSTEMES

Yeux	Gauche		Droit		Commentaires
	N	O	N	O	
Vision normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Larmoiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rougeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Écoulement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Strabisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lunettes	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>		
Neurologie	N	O			
Céphalée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Convulsion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dents	N	O			
Douleur spontanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Douleur à la mastication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Douleur la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Saignements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lésion(s) des gencives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ORL	Gauche		Droite		
	N	O	N	O	
Audition normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tubes présents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rhinorrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Congestion nasale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Épistaxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Hématologie	N	O	Commentaires
Saignement prolongé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anémie / pâleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ecchymose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infections fréquentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiologie	N	O	
Palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Syncope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thorax	N	O	
Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respiratoire	N	O	
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dyspnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Locomoteur	N	O	
Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Limitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Scoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dermatologique	N	O	Commentaires
Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urticaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lésions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tatouage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perçage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gastroentérologie	N	O	
Nausée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vomissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brûlure épigastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rectorragie / Melena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encoprésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endocrinologie	N	O	
Soif excessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Friilosité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bouffée de chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polyphagie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urologie	N	O	
Dysurie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pollakiurie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infection à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Énurésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brûlure mictionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Génital masculin		N	O	Commentaires						
Écoulements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Lésions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Masse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Symptômes. anorectaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Sexualité (M)		N	O							
Coïtarche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quel âge? :							
Coïtalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Caratéristiques des partenaires de la dernière année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Régulier <input type="checkbox"/> Nbre : _____			Occasionnel <input type="checkbox"/> Nbre : _____			Anonyme <input type="checkbox"/> Nbre : _____	
			Âge :			Âge :			Âge :	
	Sexe		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	M+F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	M+F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Rupture récente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Dernière relation non protégée (date)										
Dernier dépistage	(Date)									
Déjà eu une ITSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Prostitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Abus	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>		
Type de pratiques (M)			<input type="checkbox"/> Orales			<input type="checkbox"/> Vaginales			<input type="checkbox"/> Anales	
			Condom			Condom			Condom	
			<input type="checkbox"/> Jamais			<input type="checkbox"/> Jamais			<input type="checkbox"/> Jamais	
			<input type="checkbox"/> Occasionnellement			<input type="checkbox"/> Occasionnellement			<input type="checkbox"/> Occasionnellement	
			<input type="checkbox"/> Toujours			<input type="checkbox"/> Toujours			<input type="checkbox"/> Toujours	
Génital féminin		N	O							
Ménarche	an(s)									
DDM				Durée						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Dysménorrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Cycle régulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Saignements intermenstruels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Leucorrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

Génital féminin(suite)										
G _ P _ A _										
Sexualité (F)	N	O								
Coïtarche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quel âge? :							
Coïtalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Caractéristiques des partenaires de la dernière année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Régulier <input type="checkbox"/> Nbre : _____			Occasionnel <input type="checkbox"/> Nbre : _____			Anonyme <input type="checkbox"/> Nbre : _____	
			Age :			Âge :			Âge :	
	Sexe		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	M+F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	M+F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Rupture récente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Dernière relation non protégée (date)										
Dernier dépistage	(Date)									
Déjà eu une ITSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Utilisation de la COU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Contraception actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contraception antérieure :							
Désir de grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Prostitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abus		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>				
Type de pratiques (F)	<input type="checkbox"/> Orales			<input type="checkbox"/> Vaginales			<input type="checkbox"/> Anales			
	Condom			Condom			Condom			
	<input type="checkbox"/> Jamais			<input type="checkbox"/> Jamais			<input type="checkbox"/> Jamais			
	<input type="checkbox"/> Occasionnellement			<input type="checkbox"/> Occasionnellement			<input type="checkbox"/> Occasionnellement			
	<input type="checkbox"/> Toujours			<input type="checkbox"/> Toujours			<input type="checkbox"/> Toujours			
Notes :										
Seins	N	O								
Masse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Gynécomastie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Écoulements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

INDICES DE TROUBLES MENTAUX EN EMERGENCE OU EN PRESENCE			
	N	O	Commentaires
Outil de suivi de l'état de santé mentale complété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1. Inattention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Impulsivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Obsession/Compulsion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Phobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Flash back	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Hypervigilance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Hallucination visuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Hallucination auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Humeur dépressive marquée, tristesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Pleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Perte d'intérêt / Anhédonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Isolement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Automutilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Idées suicidaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Tentative de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Signes vitaux	Pouls	T/A Syst.	T/A diast	Respiration	T°	Poids	Taille	IMC	Saturation	Tour de taille ^A
percentile		*	*			*	*	*		*

A: si indiqué

EXAMEN PHYSIQUE					
N : normal AN : Anormal	INF		MD		Commentaires
	N	AN	N	AN	
État général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oreilles-tympan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nez-bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cou-thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Adénopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poumons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Foie-loges rénales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Musculo-squelettique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologique sommaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Organes génitaux externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vagin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Col	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utérus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobilisation du col	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tanner					

EXAMEN MENTAL	
1. Apparence	
2. Collaboration	
3. Contact visuel	
4. Activité psychomotrice	
5. Humeur	
6. Affect	
7. Discours	
8. Cours de la pensée	
9. Contenu de la pensée	
10. Perception	
11. Dangerosité	
12. Auto-critique	
13. Jugement	

IMPRESSIONS DIAGNOSTIQUES ET CONDUITE A TENIR (INFIRMIERE ET MEDECIN) #2**CODE**

- 1- DEJA PRIS EN CHARGE
- 2- NECESSITE UNE INVESTIGATION/TEST
- 3- NECESSITE UNE REFERENCE
- 4- NECESSITE UN TRAITEMENT MEDICAMENTEUX
- 5- NECESSITE UN TRAITEMENT NON- MEDICAMENTEUX
- 6- NECESSITE UN SUIVI MEDICAL AU CJ
- 7- NECESSITE UN SUIVI INFIRMIER AU CJ
- 8- NECESSITE UN MECANISME DE LIAISON/CONTACT DURANT LE SEJOUR EN CJ

MALADIES AIGUËS : NON OUI **CODE**

Inf/Md

MALADIES CHRONIQUES : NON OUI **CODE**

Inf/Md

GENITO-URINAIRE : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>		CODE
Inf/Md		
HABITUDES DE VIE (ALIMENTATION, POIDS, SOMMEIL) : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>		CODE
Inf/Md		
AUTRE : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>		CODE
Inf/Md		

Inf/Md		Professionnel responsable

Signature de l'infirmière (1^{er} évaluation) Date

Signature de l'infirmière (2^{ème} évaluation s'il y a lieu)- Date

Signature du Médecin Date