

**GRILLE DE REPÉRAGE DES IMPACTS PSYCHOSOCIAUX
DANS LE CADRE DE LA PANDÉMIE COVID-19**

Bonjour, je suis _____, je représente (nom de l'organisme)_____.

La raison de mon appel est de m'assurer que vous allez bien, que vous ne manquez de rien dans la situation actuelle de pandémie et que vous puissiez recevoir l'aide nécessaire si vous en avez besoin.

En collaboration avec le CISSS de la Montérégie-Ouest et les partenaires du milieu, nous avons préparé un questionnaire en lien avec les difficultés qui peuvent être vécues par les personnes dans le contexte de pandémie. Sachez que toutes les informations que vous nous partagez sont confidentielles et que toute référence ou transmission d'information ne seront faites qu'avec votre accord.

Êtes-vous d'accord pour prendre environ 20 minutes pour répondre à nos questions?

Oui
 Non disponible, mais désire qu'on rappelle
 Non, refus, ne veut pas qu'on rappelle

Avant de commencer, est-ce que vous m'autorisez à :

Vous poser des questions sur l'impact de la pandémie sur vous et votre famille ? Oui Non
 Vous transmettre de l'information en lien avec les ressources disponibles qui pourraient vous être utiles? Oui Non

Sachez qu'il est possible de retirer votre consentement ou de mettre fin à l'appel à tout moment. Si c'est le cas, sentez-vous à l'aise de m'en informer.

Questions/réponses à l'usager de l'organisme qui complète la grille	
Quand doit-on référer un usager vers les ressources de la communauté ou au CLSC ?	Tout au long du questionnaire, vous trouverez des réponses de couleur rouge ou encore identifiées par ce symbole *. Celles-ci indiquent que la personne présente des indices de vulnérabilité et qu'il faut y porter une attention particulière.
Qu'est-ce que je fais si la personne répond OUI à une des questions suivantes ? → Est-ce que vous vous sentez en sécurité avec vos proches ? → Est-ce qu'il vous arrive de penser au suicide ? → Est-ce qu'il vous arrive d'être tellement en colère que vous avez des idées de blesser quelqu'un ? → Si vous prenez soin d'une personne ayant un régime de protection, avez-vous pu parler avec le curateur?	Il y a des indications précises dans le questionnaire pour ces 4 questions. Il est important de transmettre les coordonnées, les ressources indiquées et les indications émises qui sont situées au côté de la question.
Que veut dire les acronymes suivants ?	Voici une légende des acronymes utilisés dans le questionnaire : RPA = Résidence personne âgée RTF = Ressource de type familial RI = Ressource intermédiaire CHSLD = Centre d'hébergement et de soins de longue durée RAC = Résidence à assistance continue SDF = Sans domicile fixe DPA = Date prévue d'accouchement S/O = Sans objet
Si je suis inquiet pour une personne, et que celle-ci ne veut pas de service de la communauté ou encore du CLSC, qu'est-ce que je peux faire ?	Vous pouvez lui partager vos inquiétudes, et lui proposer un suivi de courtoisie (avec son consentement). Dans la situation où vous êtes inquiet d'une personne âgée de moins de 18 ans et que vous soupçonnez que cette dernière n'a pas réponse à ces besoins fondamentaux, qu'elle n'est pas en sécurité ou encore que son développement est compromis. Vous devez procéder immédiatement à un signalement à la direction de la protection de la jeunesse. No de téléphone : 1-800-361-5310 Dans la situation où vous êtes inquiet de la situation d'une personne aînée pour laquelle vous soupçonnez de la maltraitance : vous devez transmettre le no de téléphone : Ligne d'aide abus aînés 1-888-489-2287. En tout temps, il est important d'encourager la personne à accepter une référence vers le CLSC.

**GRILLE DE REPÉRAGE DES IMPACTS PSYCHOSOCIAUX
DANS LE CADRE DE LA PANDÉMIE COVID-19**

Informations sociodémographiques					
Genre :	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Age :	<input type="checkbox"/> 14-19 <input type="checkbox"/> 20-39 <input type="checkbox"/> 40-49 <input type="checkbox"/> 50-59 <input type="checkbox"/> 60-69 <input type="checkbox"/> 70-84 <input type="checkbox"/> 85 +		
Milieu de vie :	<input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Condo ou appartement <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> RTF <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> RAC <input type="checkbox"/> SDF				
Situation de vie :	<input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille → <input type="checkbox"/> nucléaire <input type="checkbox"/> recomposée <input type="checkbox"/> monoparentale <input type="checkbox"/> Vit seule → <i>Poursuivez à la sous-section Questions générales</i> <input type="checkbox"/> Vit avec une personne apparentée <input type="checkbox"/> Vit avec une autre personne vulnérable				
Enfants à charge :	<input type="checkbox"/> O/S	<input type="checkbox"/> 0 (BB à venir) DPA : _____	<input type="checkbox"/> 1 Âge : _____	<input type="checkbox"/> 2 Âge : _____	
			<input type="checkbox"/> 3 Âge : _____	<input type="checkbox"/> 4 Âge : _____	
Questions générales					
Quel moyen utilisez-vous pour vous informer en lien avec la pandémie?	<input type="checkbox"/> Télévision <input type="checkbox"/> Médias sociaux <input type="checkbox"/> Radio, journaux		<input type="checkbox"/> Appels téléphoniques <input type="checkbox"/> Autres : _____		
Pendant la pandémie, avez-vous eu accès aux services de votre communauté?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> *Oui →	<input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Service de garde	<input type="checkbox"/> Organisme communautaire <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Avez-vous été en isolement volontaire ou obligatoire en lien avec la COVID-19 ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> *Oui →	<input type="checkbox"/> Contact physique étroit avec pers atteinte COVID-19 <input type="checkbox"/> Symptômes reliés à la COVID-19 <input type="checkbox"/> Test de COVID-Positif <input type="checkbox"/> Âgé de 70 ans et + <input type="checkbox"/> Condition médicale à risque <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Actuellement, comment évaluez-vous le degré de difficulté d'être confiné ?	<input type="checkbox"/> Très facile <input type="checkbox"/> Plutôt facile <input type="checkbox"/> Équivalent <input type="checkbox"/> *Parfois difficile <input type="checkbox"/> *Toujours difficile				
Avez-vous l'impression que le confinement a entraîné une détérioration de votre santé physique, votre mobilité ou votre santé mentale ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> *Oui				
Êtes-vous en processus d'immigration ou avez-vous récemment immigré au Canada (< 24 mois) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> *Oui				
Questions en lien avec les impacts psychosociaux					
Relations familiales et sociales					
Êtes-vous présentement aux études?	<input type="checkbox"/> Non → poursuivez à la question suivante <input type="checkbox"/> Oui				
• Avez-vous maintenu un lien avec votre école pendant la pandémie ?	<input type="checkbox"/> *Non <input type="checkbox"/> Début d'un travail <input type="checkbox"/> Pas accès aux appareils informatiques requis <input type="checkbox"/> Pas reçu d'indications suffisantes <input type="checkbox"/> Autre : _____		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Avec le soutien parental <input type="checkbox"/> Contacts fréquents de la part du milieu scolaire <input type="checkbox"/> Poursuite des cours en ligne <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Avez-vous maintenu des relations amicales pendant le confinement ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'amis significatifs <input type="checkbox"/> *Perte de contact <input type="checkbox"/> N'en ressent pas le besoin <input type="checkbox"/> *Aucun moyen pour communiquer <input type="checkbox"/> Autre : _____		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Réseaux sociaux <input type="checkbox"/> Visio (ex: FaceTime) <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Rencontre en personne <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Avez-vous débuté une relation amoureuse avant la pandémie?	<input type="checkbox"/> Non → poursuivez à la question suivante <input type="checkbox"/> Oui				
• Dans le cas où vous n'habitez pas avec cette personne, avez-vous eu de la difficulté à maintenir votre relation ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'en ressent pas le besoin <input type="checkbox"/> Perte de contact volontaire <input type="checkbox"/> *Distance en raison des restrictions sanitaires <input type="checkbox"/> *Refus de l'autorité parentale <input type="checkbox"/> Autre : _____		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Réseaux sociaux <input type="checkbox"/> Visio (ex : face time) <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Rencontre en personne <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Avez-vous dû vivre seul un événement/célébration significatif ou avez-vous subi l'annulation d'un RV qui était important ?	<input type="checkbox"/> Non → poursuivez à la question suivante <input type="checkbox"/> *Oui → <input type="checkbox"/> Report d'un RV médical ou chirurgie <input type="checkbox"/> Annulation d'un événement (bal des finissants, événement sportif/culturel, voyage, etc.) <input type="checkbox"/> Annulation d'une célébration (naissance, mariage, etc.) <input type="checkbox"/> Autre : _____				
• Comment évaluez-vous l'impact de l'annulation ou du report de cet événement sur votre état psychologique?	<input type="checkbox"/> Très facile <input type="checkbox"/> Plutôt facile <input type="checkbox"/> Équivalent <input type="checkbox"/> *Parfois difficile <input type="checkbox"/> *Toujours difficile				
Comment évaluez-vous le soutien de votre entourage? (Ex volet communauté = appel de courtoisie, services de la ville, etc.)		Très aidant	Aidant	*Peu aidant	S/O
	Famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment décririez-vous vos relations avec votre entourage depuis le début de la pandémie ?		*Moins bonnes	Stables	Meilleures	S/O
	Familles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conjoint/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis le début de pandémie, est-ce qu'il arrive que vous ou un membre de votre famille perdiez patience plus facilement (saute d'humeur, colère) envers un membre de la famille ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, occasionnellement <input type="checkbox"/> Oui, plus souvent <input type="checkbox"/> *Oui, à tous les jours <input type="checkbox"/> *Oui, je souhaiterais obtenir de l'aide				
Est-ce que vous vous sentez en sécurité avec vos proches ?	<input type="checkbox"/> *Non → <input type="checkbox"/> Oui	Encouragez la personne à obtenir de l'aide psychosociale			

Deuil													
Est-ce que vous connaissez une personne qui est décédée pendant la pandémie?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> *Oui → <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Parent (mère, père)</td> <td><input type="checkbox"/> Ami(e)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfant</td> <td><input type="checkbox"/> Connaissance</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Famille élargie</td> <td><input type="checkbox"/> Autre _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Parent (mère, père)	<input type="checkbox"/> Ami(e)	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Connaissance	<input type="checkbox"/> Famille élargie	<input type="checkbox"/> Autre _____						
<input type="checkbox"/> Parent (mère, père)	<input type="checkbox"/> Ami(e)												
<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Connaissance												
<input type="checkbox"/> Famille élargie	<input type="checkbox"/> Autre _____												
• Est-ce que vous auriez souhaité accompagner cette personne en fin de vie sans avoir eu l'occasion de le faire ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> *Oui Commentaire : _____												
• Est-ce qu'il vous a été possible de vivre un rituel de deuil malgré les restrictions sanitaires dues à la pandémie?	<input type="checkbox"/> *Non <input type="checkbox"/> Oui Commentaire : _____												
• Est-ce que vous éprouvez de la difficulté à vous adapter à ce deuil ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> *Oui Commentaire : _____												
Stress, anxiété et déprime													
Depuis le début de la pandémie, avez-vous vécu des symptômes de stress, anxiété ou de déprime ?	<input type="checkbox"/> Non → (poursuivez à la section suivante) <input type="checkbox"/> *Oui → <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diff à dormir et/ou fatigue</td> <td><input type="checkbox"/> Nervosité</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Manque ou ↑ d'appétit</td> <td><input type="checkbox"/> Difficulté de concentration/d'attention</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Irritabilité et/ou colère</td> <td><input type="checkbox"/> Autre : _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tristesse et/ou déprime</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inquiétudes et/ou peurs</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Diff à dormir et/ou fatigue	<input type="checkbox"/> Nervosité	<input type="checkbox"/> Manque ou ↑ d'appétit	<input type="checkbox"/> Difficulté de concentration/d'attention	<input type="checkbox"/> Irritabilité et/ou colère	<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Tristesse et/ou déprime		<input type="checkbox"/> Inquiétudes et/ou peurs			
<input type="checkbox"/> Diff à dormir et/ou fatigue	<input type="checkbox"/> Nervosité												
<input type="checkbox"/> Manque ou ↑ d'appétit	<input type="checkbox"/> Difficulté de concentration/d'attention												
<input type="checkbox"/> Irritabilité et/ou colère	<input type="checkbox"/> Autre : _____												
<input type="checkbox"/> Tristesse et/ou déprime													
<input type="checkbox"/> Inquiétudes et/ou peurs													
• Est-ce que les mesures de déconfinement font ↑ vos symptômes ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> *Oui												
• Comment évaluez-vous votre santé mentale ?	<input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Instable <input type="checkbox"/> Détériorée <input type="checkbox"/> Améliorée												
• Votre médecin vous a-t-il diagnostiqué un problème de santé mentale dans la dernière année?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> *Oui												
• Avez-vous eu un suivi avec un professionnel pour une raison de détresse psychologique dans les 2 dernières années ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> *Oui												
• Est-ce qu'un proche vous a conseillé de demander de l'aide dans les 6 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> *Oui												
Depuis le début de la pandémie, comment décrivez-vous votre consommation d'alcool, de drogue ou de jeux ?	<input type="checkbox"/> Aucune consommation <input type="checkbox"/> Arrêt de consommation <input type="checkbox"/> Rechute récente <input type="checkbox"/> Crainte d'une rechute <input type="checkbox"/> ↑ Consommation <input type="checkbox"/> Consommation habituelle												
Est-ce qu'il vous arrive de penser au suicide ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> * Oui Occasionnellement → <input type="checkbox"/> * Oui Souvent → Encouragez la personne à appeler au besoin le 1-866-APPELLE												
Est-ce qu'il vous arrive d'être tellement en colère que vous avez des idées de blesser quelqu'un ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> *Oui Occasionnellement → <input type="checkbox"/> *Oui Souvent → Encouragez la personne à obtenir de l'aide psychosociale												
Avez-vous vécu d'autres événements difficiles au cours des deux dernières années? Ex : séparation ou divorce, congédiement, maladie, deuil, etc.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> *Oui												
Questions en lien avec les impacts financiers													
Avez-vous subi une perte financière en raison de la pandémie?	<input type="checkbox"/> Non → (poursuivez à la section suivante) <input type="checkbox"/> *Oui → <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perte d'un emploi (temporaire, retour prévu)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perte d'un emploi (retour au travail incertain)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> *Perte d'un emploi (définitif, lien d'emploi rompu)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fermeture temporaire d'une entreprise (propriétaire)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> *Perte définitive d'une entreprise (propriétaire)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> *Perte d'une autre source (ex: pension, placements)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autre : _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Perte d'un emploi (temporaire, retour prévu)	<input type="checkbox"/> Perte d'un emploi (retour au travail incertain)	<input type="checkbox"/> *Perte d'un emploi (définitif, lien d'emploi rompu)	<input type="checkbox"/> Fermeture temporaire d'une entreprise (propriétaire)	<input type="checkbox"/> *Perte définitive d'une entreprise (propriétaire)	<input type="checkbox"/> *Perte d'une autre source (ex: pension, placements)	<input type="checkbox"/> Autre : _____					
<input type="checkbox"/> Perte d'un emploi (temporaire, retour prévu)													
<input type="checkbox"/> Perte d'un emploi (retour au travail incertain)													
<input type="checkbox"/> *Perte d'un emploi (définitif, lien d'emploi rompu)													
<input type="checkbox"/> Fermeture temporaire d'une entreprise (propriétaire)													
<input type="checkbox"/> *Perte définitive d'une entreprise (propriétaire)													
<input type="checkbox"/> *Perte d'une autre source (ex: pension, placements)													
<input type="checkbox"/> Autre : _____													
• Avez-vous des soucis à l'égard de votre condition financière	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> *Oui → <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inquiétude présente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inquiète pour les mois à venir</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inquiète si la situation persiste</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Situation était déjà difficile</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autre : _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Inquiétude présente	<input type="checkbox"/> Inquiète pour les mois à venir	<input type="checkbox"/> Inquiète si la situation persiste	<input type="checkbox"/> Situation était déjà difficile	<input type="checkbox"/> Autre : _____							
<input type="checkbox"/> Inquiétude présente													
<input type="checkbox"/> Inquiète pour les mois à venir													
<input type="checkbox"/> Inquiète si la situation persiste													
<input type="checkbox"/> Situation était déjà difficile													
<input type="checkbox"/> Autre : _____													
• Avez-vous eu recours à des mesures d'aide financière dans le cadre de la pandémie (telle que la PCU) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> En partie seulement Commentaire : _____												
• Est-ce que votre situation financière actuelle vous empêche de répondre à des besoins de base ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> *Oui → <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> La capacité de payer ses comptes courants</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Difficultés à se procurer des aliments</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Difficultés à se procurer des médicaments</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Difficultés à se loger</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autre : _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> La capacité de payer ses comptes courants	<input type="checkbox"/> Difficultés à se procurer des aliments	<input type="checkbox"/> Difficultés à se procurer des médicaments	<input type="checkbox"/> Difficultés à se loger	<input type="checkbox"/> Autre : _____							
<input type="checkbox"/> La capacité de payer ses comptes courants													
<input type="checkbox"/> Difficultés à se procurer des aliments													
<input type="checkbox"/> Difficultés à se procurer des médicaments													
<input type="checkbox"/> Difficultés à se loger													
<input type="checkbox"/> Autre : _____													
Questions en lien avec l'autonomie													
Avez-vous une condition de santé qui vous oblige à limiter vos activités et pour laquelle vous avez besoin d'aide?	<input type="checkbox"/> Non → (poursuivez à la section suivante) <input type="checkbox"/> *Oui → <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problèmes de santé physique (ex : diabète, cancer)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Déficience physique (ex: difficulté mobilité, vision)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trouble neurologique / cognitif</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autre : _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé physique (ex : diabète, cancer)	<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Déficience physique (ex: difficulté mobilité, vision)	<input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale	<input type="checkbox"/> Trouble neurologique / cognitif	<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme	<input type="checkbox"/> Autre : _____					
<input type="checkbox"/> Problèmes de santé physique (ex : diabète, cancer)													
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle													
<input type="checkbox"/> Déficience physique (ex: difficulté mobilité, vision)													
<input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale													
<input type="checkbox"/> Trouble neurologique / cognitif													
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme													
<input type="checkbox"/> Autre : _____													
Avez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider à accomplir certaines des activités suivantes?	<input type="checkbox"/> Non → (poursuivez à la section suivante) <input type="checkbox"/> *Oui → <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Entretenir sa maison</td> <td><input type="checkbox"/> Prendre un médicament</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Faire sa lessive</td> <td><input type="checkbox"/> S'habiller</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gérer ses finances</td> <td><input type="checkbox"/> Se déplacer</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Utiliser le tél/internet</td> <td><input type="checkbox"/> S'alimenter (manger)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Préparer des repas</td> <td><input type="checkbox"/> Se laver</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Faire ses courses</td> <td><input type="checkbox"/> Autre : _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Entretenir sa maison	<input type="checkbox"/> Prendre un médicament	<input type="checkbox"/> Faire sa lessive	<input type="checkbox"/> S'habiller	<input type="checkbox"/> Gérer ses finances	<input type="checkbox"/> Se déplacer	<input type="checkbox"/> Utiliser le tél/internet	<input type="checkbox"/> S'alimenter (manger)	<input type="checkbox"/> Préparer des repas	<input type="checkbox"/> Se laver	<input type="checkbox"/> Faire ses courses	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Entretenir sa maison	<input type="checkbox"/> Prendre un médicament												
<input type="checkbox"/> Faire sa lessive	<input type="checkbox"/> S'habiller												
<input type="checkbox"/> Gérer ses finances	<input type="checkbox"/> Se déplacer												
<input type="checkbox"/> Utiliser le tél/internet	<input type="checkbox"/> S'alimenter (manger)												
<input type="checkbox"/> Préparer des repas	<input type="checkbox"/> Se laver												
<input type="checkbox"/> Faire ses courses	<input type="checkbox"/> Autre : _____												
• Utilisez-vous un service de commande par téléphone/internet et un service de livraison ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pharmacie (médicaments, autres)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Épicerie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autre : _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Pharmacie (médicaments, autres)	<input type="checkbox"/> Épicerie	<input type="checkbox"/> Autre : _____									
<input type="checkbox"/> Pharmacie (médicaments, autres)													
<input type="checkbox"/> Épicerie													
<input type="checkbox"/> Autre : _____													

• Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin?	<input type="checkbox"/> *Non <input type="checkbox"/> Oui
• En cas d'absence de cette personne aidante, pouvez-vous recevoir l'aide d'une autre personne ?	<input type="checkbox"/> *Non <input type="checkbox"/> Oui
• Recevez-vous des services de soutien à domicile (SAD) par le CLSC ou autre organisme?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → Lesquels : _____
Questions en lien avec les personnes à charge	
Prenez-vous soin d'une personne de votre entourage (ex : un parent, un enfant, une personne ayant des besoins particuliers, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Non → poursuivez à la section consentement <input type="checkbox"/> *Oui
• À quelle fréquence apportez-vous de l'aide à cette personne?	<input type="checkbox"/> Quelques hres par mois <input type="checkbox"/> *À temps complet <input type="checkbox"/> Quelques hres par sem <input type="checkbox"/> Autre: _____ <input type="checkbox"/> *Plus 1 hre par jour
• Depuis le début de la pandémie, est-ce qu'il y a eu une modification des services offerts à la personne aidée (ex : répit ou du CLSC) ?	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> *Arrêt <input type="checkbox"/> *En attente <input type="checkbox"/> *Diminution <input type="checkbox"/> S/O
• Comment percevez-vous votre situation actuelle de proche aidant ou de parent ?	<input type="checkbox"/> Très facile <input type="checkbox"/> Plutôt facile <input type="checkbox"/> Équivalent <input type="checkbox"/> *Parfois difficile <input type="checkbox"/> *Toujours difficile
• En votre absence, est-ce que la personne à charge peut répondre à l'ensemble de ses besoins par elle-même ?	<input type="checkbox"/> *Non <input type="checkbox"/> Oui
• Dans le contexte actuel, si vous ne pouvez plus assumer votre rôle, avez-vous pensé à quelqu'un pour prendre la relève ?	<input type="checkbox"/> *Non <input type="checkbox"/> Oui
• Si vous prenez soin d'une personne ayant un régime de protection avez-vous pu parler avec le curateur?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> *Non → <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
	Tél : 514 873-4074 Sans frais : 1 800 363-9020 Site: www.curateur.gouv.qc.ca

Est-ce que vous souhaiteriez ajouter des commentaires ou des informations qui nous permettraient de mieux saisir votre situation?

CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION D'INFORMATION ET AUX SERVICES

→ Certains des besoins nommés pourraient être répondus par un organisme communautaire que nous ne connaissons pas :

• Est-ce que vous nous autorisez à transmettre, à _____ une demande d'accompagnement à votre nom pour la recherche de ressources pouvant répondre à vos besoins?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
---	---

→ Certains des besoins nommés pourraient être répondus par le CLSC :

• Est-ce que vous nous autorisez à transmettre une demande de service à votre nom à votre CLSC et qu'un intervenant du CLSC vous contacte?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
---	---

→ Afin de bien comprendre les besoins de la population et de travailler avec les partenaires du milieu, le CISSS de la Montérégie-Ouest tient un registre des questionnaires :

• Est-ce que vous nous autorisez à transmettre le questionnaire au CISSS de la Montérégie-Ouest?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Avec vos coordonnées <input type="checkbox"/> Sans vos coordonnées
--	---

→ Enfin, notre organisme effectue des suivis de courtoisie auprès de plusieurs personnes dans la communauté

• Souhaitez-vous qu'on vous contacte, à nouveau, pour faire un suivi avec vous?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Fréquence : _____
---	--

Avez-vous des inquiétudes pour une autre personne ? (autre que celle indiquée au questionnaire) Non Oui

Transmettre les options qui s'offrent au répondant du questionnaire :

- Vous pouvez discuter avec cette personne de vos inquiétudes et de la référer à son CLSC.
- Vous pouvez communiquer avec le CLSC de cette personne afin de leur faire part de la situation qui vous inquiète.
- Vous pouvez demander qu'un appel soit fait auprès de cette personne (si celle-ci est âgée de plus de 14 ans). L'intervenant qui fera le suivi effectuera le même questionnaire en mentionnant que vous nous avez fait la demande que l'on communique avec elle.

→ Dans ces circonstances, est-ce que vous souhaitez qu'on communique avec cette personne pour effectuer le même questionnaire en mentionnant que vous nous en avez fait la demande ? Non Oui
Tél : _____

Coordonnées de la personne à des fins de :

Relance téléphonique par l'organisme Référence au CLSC Registre CISSSMO

Nom :	Prénom :	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	DDN :
Tél :	Adresse :		
Courriel :			

À l'usage de la personne qui complète le questionnaire

Prénom, Nom:	
Fonction de la personne:	
Date de passation :	
Références à des services dans la communauté :	
Date de référence au CLSC :	
Transmis à :	

À l'usage du CISSSMO

Nom de la personne qui reçoit la demande :	
Date de réception :	
Transmis à :	

Merci de votre collaboration !