



ETAT MEDICAL

<p>* 1 - Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé pour des problèmes médicaux ? (Y compris surdosage et delirium tremens ; excepté désintoxication) <span style="float: right;">01</span></p> <p>2 - Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème physique ? <span style="float: right;">20 00</span> ans mois</p> <p>3 - Avez-vous un problème médical chronique qui continue de perturber votre vie (Sérologie hépatite et VIH) ? <span style="float: right;">0</span> 0 - Non 1 - Oui Précisez : .....</p> <p>4 - Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème physique ? <span style="float: right;">0</span> 0 - Non 1 - Oui</p>	<p>5 - Recevez-vous une pension pour une incapacité physique ? (hors d'une incapacité psychiatrique) <span style="float: right;">0</span> 0 - Non 1 - Oui Précisez : .....</p> <p>6 - Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes médicaux ? <span style="float: right;">30</span></p> <p style="text-align: center;"><i>Question 7 et 8 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective</i></p> <p>7 - Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes médicaux pendant les 30 derniers jours ? <span style="float: right;">1</span></p>	<p>8 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes médicaux ? <span style="float: right;">0</span></p> <p style="text-align: center;"><i>Évaluation de sévérité par l'interviewer</i></p> <p>9 - Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement médical ? <span style="float: right;">1</span> <i>(voir 2)</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Évaluation de confiance</i></p> <p>Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :</p> <p>10 - volontairement par le patient <span style="float: right;">0</span> 0 - Non 1 - Oui</p> <p>11 - par son incapacité à comprendre <span style="float: right;">0</span> 0 - Non 1 - Oui</p>
--	---	--

COMMENTAIRES

3: asthme ne le perturbe plus

6: fatigue yeux secs (nb: en fait il ne dort pas la nuit car il est devant des écrans)

3 - Sérologie hépatite et VIH ? ⊖ ? à refaire

9: lié au pb addicto, sans doute pas besoin de prise en charge médicale spécifique / pas en demande + globalement en bonne santé → "petit score"

TSR - PROBLEMES DE SANTE

(Médecin il y a + de 30 jours)

	dans cet organisme	ailleurs
4. Avez-vous vu un médecin pour obtenir des soins ?	0 0	0 0
5. Avez-vous vu une infirmière ou un professionnel de la santé pour obtenir des soins ?	0 0	0 1 dentiste
6. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes de santé :		
• En consultation individuelle ?	0 0	0 0
• En session de groupe ?	0 0	0 0



**TSR – PROBLEMES D'EMPLOI ET DE RESSOURCES FINANCIERES**

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
3. Avez-vous fait des démarches pour un emploi, des études ou une formation ?		
• Directement auprès d'une ANPE ?	<u>0</u>   <u>0</u>	<u>0</u>   <u>0</u>
• Par l'intermédiaire d'une autre personne	<u>0</u>   <u>0</u>	<u>0</u>   <u>0</u>
4. Avez-vous fait des démarches auprès de l'assurance-chômage, de l'aide sociale, ou d'un autre organisme de ce type :		
• Directement auprès de cet organisme ?	<u>0</u>   <u>0</u>	<u>0</u>   <u>0</u>
• Par l'intermédiaire d'un intervenant ou d'un thérapeute ?	<u>0</u>   <u>0</u>	<u>0</u>   <u>0</u>
5. Avez-vous eu un échange significatif (important) quant à vos problèmes d'emploi ou de ressources financières :		
• En consultation individuelle ?	<u>0</u>   <u>0</u>	<u>0</u>   <u>0</u>
• En session de groupe ?	<u>0</u>   <u>0</u>	<u>0</u>   <u>0</u>

Les items soulignés sont les items à poser en base et en suivi. Ces items sont à reformuler si précédés de \*.

**SUBSTANCES / ALCOOL / TABAC / AUTRES ADDICTIONS SANS SUBSTANCE**

	30 derniers jours	Nb de prises par jour	Prescription 30 der jours	Toute la vie années	Voie
* <u>1</u> - alcool toute utilisation	0 1	0 1	0	0 0	1
* <u>2</u> - alcool intox	0 0	N N	N	0 0	N
* <u>3</u> - héroïne	0 0	N N	N	0 0	N
* <u>4a</u> - méthadone	0 0	N N	N	0 0	N
* <u>4b</u> - buprénorphine	0 0	N N	N	0 0	N
* <u>5</u> - autres opiacés/ analgésiques	0 0	N N	N	0 0	N
* <u>6</u> - barbituriques	0 0	N N	N	0 0	N
* <u>7</u> - autres sédatifs/ hyp/tranq	0 0	N N	N	0 0	N
* <u>8</u> - cocaïne	0 0	N N	N	0 0	N
* <u>9</u> - amphétamines	0 0	N N	N	0 0	N
* <u>10</u> - cannabis	0 0	N N	N	0 0	N
* <u>11</u> - hallucinogènes	0 0	N N	N	0 0	N
* <u>12</u> - inhalants	0 0	N N	N	0 0	N

pas régulier  
 ① 1 petite bière  
 ↳ 25 cl  
 nb: vérifier le degré d'alcool  
 25 cl 4° = 1 dose  
 50 cl 8° = 4 doses  
 dose / mg  
 dose / mg

⑩ 1-2x/an  
 → pas régulier  
 donner des exemples

Voie d'administration: 1 = orale, 2 = nasale, 3 = fumée, 4 = inj. non IV, 5 = IV  
 Prescription : 0 = non ; 1 = oui

* <u>13</u> - plus d'une substance par jour	0 0			0 0	
* <u>12b</u> - tabac	0 0	N N		0 0	N
* <u>12b'</u> - e-cigarette	X X	X X		X X	X

12b a essayé  
 → (pas demandé à l'époque)

* <u>12d</u> - tout jeu	3 0			1 7	
- dont jeu argent	0 0			0 0	

→ notez que vous auriez pu commencer par ceci... personnellement je demande avant l'ASI le motif de venue

\* 12e- Avez-vous été préoccupé par votre poids/alimentation/comportement alimentaire, et avez-vous eu la sensation de perdre le contrôle et/ou fait des tentatives infructueuses de maîtrise de votre poids, alimentation ou comportement alimentaire?

(pas formulé comme ça à l'époque)

30 derniers jours	vie entière	moyen
0 0	0 0	N

Moyen: 1 = restriction/régimes, 2 = prise alimentaire compulsive, 3 = vomissements, 4 = laxatif-diurétique-autres substances, 5 = hyperactivité physique, 6 = combinaison (entourer correspondant), 7 = autre: précisez \_\_\_\_\_

\* 12c- Autre addiction sans substance posant problème : Internet? (précisez) 0

Si oui, 30 derniers jours	N N
Toute la vie (en années)	N N

à priori tout est lié au JV, on ne double pas l'information  
 19

⑫d JV à partir de 8 ans, tout de suite régulier

14- Quelle(s) substance(s) pose(nt) le problème principal ? (Veuillez coder comme précédemment ou : 15-polysubstances; 17-tabac; 19 :autre addiction sans substance; 20: e-cigarette)

Si 04, préciser si cette substance est M= Méthadone, B= Buprénorphine N

Si plusieurs substances, veuillez entourer les substances déclarées comme problématiques

nb: vous pouvez demander des détails sur le type de jeu, le nombre d'heures...

1	2	3	4a	4b	5	6	7	8	9	10	11	12	12b	12b'	12c	12d	12e
---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	----	-----	------	-----	-----	-----

+ long = 7 j

nb: à partir de 15 jours  
d'abstinence, on  
compte "1 mois" dans  
la care

15- Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence  
volontaire de cette (ces) substance(s) principale(s)  
ou d'une autre addiction sans substance  
- en mois - (00-jamais abstinent)

00

16- Depuis combien de mois, cette abstinence a-t-elle cessé ?  
(00- encore abstinent)

NN

\*17- Combien de fois avez-vous eu :

- un delirium tremens (alcool)
- une overdose (drogue)

→ définis

00  
~~00~~

→ 1 (voir état  
psychologique)

\*18- Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité pour :

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- problème d'e-cigarette
- problème de jeu
- problème d'alimentation
- autre addiction sans substance  
(hors jeu et problème d'alimentation)

00  
00  
00  
00  
00  
00  
00

→ pas de prise en charge  
spécifique

\*19- Parmi ces traitements, combien étaient des cures de sevrage (désintoxication) seulement pour:

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- problème d'e-cigarette
- problème de jeu
- problème d'alimentation
- autre addiction sans substance  
(hors jeu et problème d'alimentation)

NN  
NN  
NN  
NN  
NN  
NN  
NN

20- Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé pour :

- alcool
- substances (hors alcool  
et tabac)
- tabac
- e-cigarette
- jeu
- problème d'alimentation
- autre addiction sans substance  
(hors jeu et problème d'alimentation)

000002  
000000  
000000  
000000  
000043  
000000  
000000

abo: 13€  
carte: 10€  
achat: 20€

21- Combien de journées avez-vous été traité en externe  
pour des problèmes d'alcool, de substances, de tabac ou pour une  
autre addiction sans substance au cours des 30 derniers jours ?  
(y compris AA, NA, OA)

00

**22-** Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des :

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- problème d'e-cigarette
- problème de jeu
- problème d'alimentation
- autre addiction sans substance (hors jeu et problème d'alimentation)

0	0
0	0
0	0
0	0
1	5
0	0
0	0

*noter qu'elle pense à s'en arrêter, même si petite consommation. c'était aussi possible de vérifier pour le THC*

*(ne pas faire de haut en bas)*

**Question 23 et 24 :** demander au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective :

**23-** Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par des :

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- problème d'e-cigarette
- problème de jeu
- problème d'alimentation
- autre addiction sans substance (hors jeu et problème d'alimentation)

0
0
0
0
2
0
0

**24-** Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces :

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- problème d'e-cigarette
- problème de jeu
- problème d'alimentation
- autre addiction sans substance (hors jeu et problème d'alimentation)

0
0
0
0
1
0
0

Evaluation de sévérité par l'interviewer

**25b-** Selon vous, quelle(s) substance(s) pose(nt) le problème principal? (Entourez le(s) numéros correspondant)

1	2	3	4a	4b	5	6	7	8	9	10	11	12	12b	12b'	12c	12d	12e
---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	----	-----	------	-----	-----	-----

**25-** Comment évaluez-vous son besoin de traitement pour :

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- problème d'e-cigarette
- problème de jeu
- problème d'alimentation
- autre addiction sans substance (hors jeu et problème d'alimentation)

1  
1  
0  
X  
6  
0  
1

non significatif

pas demandé à l'époque (mais sans doute 0...)

évalué véritablement 2 par rapport au commentaire qu'il a fait sur Internet

Evaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés

**26-** Volontairement par le patient

- 0- Non
- 1- Oui

0

**27-** Par son incapacité à comprendre

- 0- Non
- 1- Oui

0

jeu : - évalue l'intensité à 2/4  
- dommages (mère, fatigue)  
- commence à percevoir le problème  
- 1 jour sur 2 = fréquent

Mais dit "légèrement en demande"  
→ vous baignez à 6 jours en tenir compte

TSR - PROBLEMES LIES AUX SUBSTANCES (Médecin, mais il y a + de 30 jours)

\* Combien de fois

dans cet organisme

ailleurs

7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur les substances ?

0|0

0|0

8. Avez-vous participé à une réunion de type NA ou CA ?

0|0

0|0

9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ?

0|0

0|0

10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à des substances

• En consultation individuelle ?

0|0

0|0

• En session de groupe ?

0|0

0|0

**TSR – PROBLEMES LIES A L'ALCOOL**

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur l'alcool ?	0 0	0 0
8. Avez-vous participé à une réunion de type AA ou Programme 12-étapes ?	0 0	0 0
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ?	0 0	0 0
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à l'alcool		
• En consultation individuelle ?	0 0	0 0
• En session de groupe ?	0 0	0 0

**TSR – PROBLEMES LIES AU TABAC**

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur le tabac ?	0 0	0 0
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ?	0 0	0 0
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés au tabac		
• En consultation individuelle ?	0 0	0 0
• En session de groupe ?	0 0	0 0

**TSR – PROBLEMES LIES AU JEU**

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur le jeu pathologique ?	0 0	0 0
8. Avez-vous participé à une réunion de type "joueur anonyme"?	0 0	0 0
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ?	0 0	0 0
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés au jeu		
• En consultation individuelle?	0 0	0 0
• En session de groupe?	0 0	0 0

**TSR – PROBLEMES LIES À L'ALIMENTATION**

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur les troubles alimentaires?	0 0	0 0
8. Avez-vous participé à des activités expressions corporelles, expressions artistiques, ou des réunions de type "Outremangeurs anonymes"?	0 0	0 0
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute?	0 0	0 0
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à l'alimentation		
• En consultation individuelle?	0 0	0 0
• En session de groupe?	0 0	0 0

SITUATION LEGALE

1 - Cette admission a-t-elle été provoquée ou suggérée par le système judiciaire (*judge, policier, etc*) ?

0 - Non 1 - Oui

2 - Etes-vous en période de probation, de liberté conditionnelle ou dans un établissement pénal ?

0 - Non 1 - Oui

Combien de fois dans votre vie avez-vous été arrêté et inculqué des délits et crimes suivants :

- |      |  |                          |                          |
|------|--|--------------------------|--------------------------|
| * 3  | Vol à l'étagère, vandalisme                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * 4  | Résistance à l'autorité (violation de probation) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * 5  | Usage et trafic de stupéfiants                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * 6  | Escroquerie, faux et usage de faux               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * 7  | Arme et explosif                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * 8  | Vol avec effraction (cambriolage)                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * 9  | Vol à main armée                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * 10 | Agression  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * 11 | Incendiaire                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * 12 | Viol   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * 13 | Homicide, meurtre                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * 14 | A - Prostitution                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * 14 | B - Outrage à magistrat                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * 14 | C - Autre (préciser) : .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\* 15 - Combien de ces inculpations ont entraîné une condamnation ?

Combien de fois dans votre vie avez-vous fait l'objet d'une des inculpations suivantes ?

\* 16 - Désordre, vagabondage, ivresse publique.

\* 17 - Conduite en état d'ivresse (ou sous l'effet d'une substance)

\* 18 - Autre infraction majeure au code de la route (conduite dangereuse, excès de vitesse, défaut de permis, etc.)

\* 19 - Combien de mois avez-vous été détenu dans votre vie ?

20 - Combien de temps a duré votre dernière détention ?

21 - Pour quelle raison étiez-vous détenu ? (3-14 et 16-18, en cas d'inculpations multiples, codez la plus grave)

\* 22 - Etes-vous en instance d'inculpation de procès ou d'une sentence ?  
0 - Non 1 - Oui

\* 23 - Pour quel motif ? (Si plusieurs motifs, codez le plus grave)

\* 24 - Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été détenu ?

25 - Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous eu des activités illégales en vue d'en tirer profit ?

*Question 26 et 27 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective*

26 - Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes légaux actuels sont graves ? (exclure les problèmes civils)

27 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant d'avoir de l'aide ou une consultation pour ces problèmes légaux ?

*→ elle vérifié quand même*

*Évaluation de sévérité par l'interviewer*

28 - Comment évaluez-vous son besoin de conseil juridique ?

*Évaluation de confiance*

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

29 - volontairement par le patient  
0 - Non 1 - Oui

30 - par son incapacité à comprendre  
0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

RAS

TSR - PROBLEMES JUDICIAIRES

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
3. A-t-on (soit vous, soit un organisme) pris contact avec une instance judiciaire (tribunaux, services de détention, de probation ou de libération conditionnelle) par rapport à vos problèmes judiciaires ?	<u>0</u> / <u>0</u>	<u>0</u> / <u>0</u>
4. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes judiciaires :		
• En consultation individuelle ?	<u>0</u> / <u>0</u>	<u>0</u> / <u>0</u>
• En session de groupe ?	<u>0</u> / <u>0</u>	<u>0</u> / <u>0</u>

## HISTOIRE DE LA FAMILLE

Certaines personnes de votre famille, ont-elles ou ont-elles eu des difficultés liées au tabac, à l'alcool, aux substances psychoactives ou autres addictions sans substance, ou des problèmes psychologiques qui ont ou auraient dû nécessiter un traitement ?

Côté Maternel						<i>connait pas</i> Côté Paternel						Fratrie					
Alc	Drog	Tabac	Autre	Psych		Alc	Drog	Tabac	Autre	Psych		Alc	Drog	Tabac	Autre	Psych	
Gd Mère	0	0	X	X	0	Gd Mère	X	X		1	X	Fr 1	N	N			N
Gd Père	0	0	X	X	0	Gd Père	X	X			X	Fr 2	N	N			N
Mère	0	0	X	X	1	Père	1	0			X	Sr 1	N	N			N
Tante	1	0	X	X	X	Tante	N	N			N	Sr 2	N	N			N
Oncle	1	0	X	X	X	Oncle	1	0			0	<i>fil unique</i>					

Consigne : Noter « 0 » dans la catégorie familiale quand la réponse est clairement négative pour toute les personnes de cette catégorie ; « 1 » quand la réponse est clairement oui pour un membre de la catégorie familiale ; « X » lorsque la réponse est incertaine ou « je ne sais pas » et « N » lorsque le patient n'a jamais eu personne de ce degré de parenté. Coder le parent le plus gravement atteint en cas de plusieurs individus pour une catégorie

*pas demandé à l'époque*

*Mère : prescription 4 (dépression)*

### TSR - PROBLEMES FAMILIAUX

\* Combien de fois

3. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes familiaux en présence de votre famille :

- Avec un thérapeute familial ?
- Avec un intervenant ou un autre thérapeute ?

dans cet organisme

ailleurs

0/0  
0/0

0/0  
0/0

4. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes familiaux en l'absence de votre famille :

- Avec un thérapeute familial ?
- Avec un intervenant ou un autre thérapeute ?

0/0  
0/0

0/0  
0/0

RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES

\* 1 - Etat civil :  
1 - Marié 4 - Séparé [6]  
2 - Remarié 5 - Divorcé  
3 - Veuf 6 - Célibataire

2 - Depuis combien de temps avez-vous cet état civil ? [07] [00]  
ans mois  
(Depuis l'âge de 18 ans si vous n'avez jamais été marié)

3 - Etes-vous satisfait de cette situation ?  
0 - Non [1]  
1 - Indifférent  
2 - Oui

\* 4 - Conditions de vie habituelles der 3 ans  
1 - avec conjoint et enfants [5]  
2 - avec conjoint seulement  
3 - avec enfants seulement  
4 - avec parents  
5 - avec famille → *sa mère*  
6 - avec amis  
7 - seul  
8 - environnement contrôlé  
9 - pas de conditions de vie stables

5 - Depuis combien de temps vivez-vous dans ces conditions ? [05] [00]  
ans mois  
(Depuis l'âge de 18 ans si vous vivez avec vos parents ou votre famille)

\* 6 - Etes-vous satisfait de ces conditions de vie ?  
0 - Non [0]  
1 - Indifférent  
2 - Oui

Est-ce que vous vivez avec quelqu'un qui a couramment des :  
0 - Non 1 - Oui

6 A problèmes d'alcool ? [0]  
6 B problèmes de substances non prescrites ? [0]  
6 C problèmes de tabac ? [ ]  
6 D problèmes d'addiction sans substance ? *pas demandé* [ ]

7 - Avec qui passez-vous la plupart de votre temps libre ?  
1 - famille [3]  
2 - amis  
3 - seul(e)

8 - Êtes-vous satisfait de cette façon de passer votre temps libre ?  
0 - Non 1 - Indifférent 2 - Oui [2]

9 - Combien d'amis intimes avez-vous ? [1]  
Consignes pour 9A à 18 : (jeu)  
Noter « 0 » dans la case correspondante quand la réponse est clairement négative pour toutes les personnes de cette catégorie ; « 1 » quand la réponse est clairement Oui pour un membre de la catégorie familiale ; « X » lorsque la réponse est incertaine ou « je ne sais pas » et « N » lorsque le patient n'a jamais eu personne de ce degré de parenté.

9A Pourriez-vous dire que, dans votre vie, vous avez eu des relations étroites durant de longues périodes avec des personnes de votre entourage proche ?  
0 - Non 1 - Oui

Mère [1]  
Père [0]  
Frère/sœur [N]  
Epoux(se)/partenaire sexuel(le) [N]  
Enfants [N]  
Amis [1]

Avez-vous eu des périodes importantes pendant lesquelles vous avez éprouvé de graves problèmes avec :  
0 - Non 1 - Oui

10 - Mère [1]  
11 - Père [1]  
12 - Frère/sœur [N]  
13 - Epoux(se)/partenaire sexuel(le) [N]  
14 - Enfants [N]  
15 - Autre parent important à vos yeux : ..... [N]  
16 - Amis intimes [0]  
17 - Voisins [0]  
18 - Camarades de travail [N]

Est-ce que certaines de ces personnes (10-18) ont abusé de vous :  
0 - Non 1 - Oui

18 A - Emotionnellement (en vous mettant à bout avec des mots très durs) [X] [1]  
18 B - Physiquement (en vous causant des préjudices corporels) [0] [1]  
18 C - Sexuellement (en vous forçant à subir des avances ou des actes sexuels) [0] [0]

19 - Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été en conflit grave ?  
Avec votre famille *mère* [30]  
Avec d'autres personnes (famille exclue) [00]

Question 20 et 23 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé au cours des 30 derniers jours par ces :  
20 - Problèmes familiaux [2]  
21 - Problèmes sociaux [0]

Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces :  
22 - Problèmes familiaux [2]  
23 - Problèmes sociaux [0]

Évaluation de sévérité par l'interviewer

24 - Comment évaluez-vous son besoin en conseil familial ou aide sociale ? [7]

Évaluation de confiance (*peux au TSR*)  
Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

25 - volontairement par le patient  
0 - Non 1 - Oui [0]

26 - par son incapacité à comprendre  
0 - Non 1 - Oui [0]

COMMENTAIRES

18A : *parents*  
18B : *père*

24 - *conflit quotidien + 20 + 22 = 2/4*  
- *isolement*  
- *18 A & B*  
- *6 = insatisfait*

ETAT PSYCHOLOGIQUE

20 - pb quotidien  
- 3/4 = élevé 12  
- 8 & 5

\* 1 - Combien de fois avez-vous été traité pour des problèmes psychologiques ou émotionnels :

Dans un hôpital 

0	0
0	1

  
En externe ou dans le privé

2 - Recevez-vous une pension pour une incapacité psychiatrique ?  
0 - Non 1 - Oui

Avez-vous eu une période importante (ne résultant pas de la consommation de substances) au cours de laquelle vous avez :  
0 - Non 1 - Oui

30 dans der toute jours la vie

- 3 - Eu une dépression grave 

1	1
---	---
- 4 - Souffert d'une anxiété ou d'une tension grave 

1	1
---	---
- 5 - Connus des hallucinations 

0	0
---	---
- 6 - Eu des difficultés à comprendre, à vous concentrer ou à vous souvenir 

0	0
---	---
- 7 - Eprouvé des difficultés à réprimer un comportement violent 

X	X
---	---
- 8 - Eu des sérieuses idées de suicide 

0	1
---	---
- 9 - Tenté de vous suicider 

0	1
---	---
- 10 - Un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel ? 

0	0
---	---

11 - Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? 

3	0
---	---

Question 12 et 13 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

12 - Au cours des 30 derniers jours dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? 

3
---

13 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? 

1
---

+ élevé de l'ASI!

Les items suivants sont à compléter par l'interviewer

Au moment de l'entretien, le patient est :  
0 - Non 1 - Oui

- 14 - Manifestement déprimé/renfermé 

0
---
- 15 - Manifestement hostile 

0
---
- 16 - Manifestement anxieux/nerveux 

0
---
- 17 - Le patient a des difficultés à évaluer objectivement la situation, il a des troubles de l'idéation, déni 

0
---
- 18 - Il a des difficultés à comprendre, à se concentrer, à se souvenir 

0
---
- 19 - Il a des pensées suicidaires 

0
---

Evaluation de sévérité par l'interviewer

20 - Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement psychiatrique/psychologique ? 

7
---

Evaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

21 - volontairement par le patient  
0 - Non 1 - Oui

22 - par son incapacité à comprendre  
0 - Non 1 - Oui

1 (1 x 4 ans enfant)  
3-4 rdv  
↳ à mettre en 1

4 mariage  
+ relation avec mère → à compléter

6 lié au pb sommeil

7 ambigu

(nb: elle devrait insister sur les 30 derniers jours)

COMMENTAIRES

TSR - PROBLEMES EMOTIONNELS OU PSYCHOLOGIQUES

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs				
5. Avez-vous en consultation, pratiqué une forme de relaxation de biofeedback ou de méditation :						
• En présence d'un professionnel spécialisé dans ce domaine ?	<table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0	<table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0
0	0					
0	0					
• En présence d'un intervenant ou d'un thérapeute ?	<table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0	<table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0
0	0					
0	0					
6. Avez-vous, en consultation, pris part à un jeu de rôles à un psychodrame, à un sociodrame ou à toute autre méthode de modification du comportement :						
• En présence d'un professionnel spécialisé dans ce domaine ?	<table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0	<table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0
0	0					
0	0					
• En présence d'un intervenant ou d'un thérapeute ?	<table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0	<table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0
0	0					
0	0					
7. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes psychologiques ou émotionnels :						
• Avec un psychothérapeute ?	<table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0	<table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0
0	0					
0	0					
• Avec un intervenant ou un autre thérapeute	<table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0	<table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0
0	0					
0	0					

