

## CHILDREN'S ADMINISTRATION GAIN-SS

Version (GVER) : GSS-annual 2.0.1

Copyright @ 2005 par : Chestnut Health Systems

NOM DU CLIENT (PRÉNOM, DEUXIÈME PRÉNOM, NOM DE FAMILLE)		1. DATE	2. <input type="checkbox"/> Adulte <input type="checkbox"/> Mineur	3. <input type="checkbox"/> Le client a refusé de répondre aux questions <input type="checkbox"/> Le client n'a pas pu répondre aux questions	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU CLIENT	DATE DE NAISSANCE DU CLIENT	4. ID PERSONNE CAMIS	RACE/ETHNICITÉ		
ADRESSE DU CLIENT		VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL	
NOM DU TRAVAILLEUR SOCIAL			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU TRAVAILLEUR SOCIAL		
5. Client référé pour évaluation <input type="checkbox"/> Santé mentale <input type="checkbox"/> Chimiodépendance <input type="checkbox"/> Co-occurrence <input type="checkbox"/> Client non référé	6. Client actuellement traité <input type="checkbox"/> Santé mentale <input type="checkbox"/> Chimiodépendance <input type="checkbox"/> Co-occurrence	7. <input type="checkbox"/> Services de protection de l'enfance (CPS) <input type="checkbox"/> Services volontaires pour la famille <input type="checkbox"/> Services de réconciliation familiale (FRS) <input type="checkbox"/> Services sociaux pour l'enfance et la famille <input type="checkbox"/> Suivi de la santé et de l'éducation de l'enfant (CHET)			
<b>Évaluation globale des besoins personnels-Dépistage (GAIN-SS)</b>					
Les questions qui suivent se rapportent à des problèmes courants d'ordre psychologique, comportemental ou personnel. Ces problèmes sont considérés comme des problèmes <b>SIGNIFICATIFS</b> si vous les expérimentez depuis <u>deux semaines ou plus</u> , s'ils reviennent constamment, s'ils vous empêchent de faire face à vos responsabilités ou s'ils vous donnent l'impression que vous ne pouvez plus continuer. Veuillez répondre à ces questions par « OUI » ou « NON ».					
<b>Santé mentale - Comportements d'internalisation (IDScr 1) :</b> Au cours des 12 derniers mois, avez-vous expérimenté des problèmes significatifs des natures suivantes . . .					
a.	vous sentez prisonnier, seul, triste, cafardeux, déprimé, ou sans espoir pour l'avenir ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
b.	vous avez des troubles du sommeil, par exemple vous avez des cauchemars, votre sommeil est agité ou vous vous endormez dans la journée ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
c.	vous vous sentez anxieux, nerveux, tendu, effrayé, paniqué ou vous avez le sentiment qu'un malheur va survenir ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
d.	tout rappel au passé vous trouble et vous bouleverse ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
e.	vous pensez au suicide ou à quitter la vie ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
<b>Pour DEUX réponses « OUI » ou plus, consulter le service de Santé mentale ; en cas de réponse positive à la question (e) portant sur le sentiment suicidaire, consulter la LIGNE DE CRISE ou le DMHP (Professionnel de santé mentale désigné).</b>					
<b>Santé mentale - Comportements d'externalisation (EDScr 2) :</b> Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait l'une des actions suivantes deux fois ou plus ?					
a.	Vous avez menti ou employé des méthodes malhonnêtes pour obtenir ce que vous vouliez ou pour éviter de faire quelque chose ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
b.	Vous avez eu des problèmes de concentration dans le contexte scolaire, professionnel ou familial ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
c.	Vous avez eu des problèmes à écouter les instructions données dans le contexte scolaire, professionnel ou familial ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
d.	Vous avez brutalisé ou menacé d'autres personnes ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
e.	Vous avez commencé à vous battre avec d'autres personnes ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
<b>Pour DEUX réponses « OUI » ou plus, consulter le service de Santé mentale</b>					
<b>Dépistage d'abus de substances toxiques (SDScr 3) :</b> Au cours des 12 derniers mois, avez-vous.....					
a.	consommé de l'alcool ou des drogues sur une base hebdomadaire ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
b.	passé beaucoup de temps à vous procurer de l'alcool ou des drogues, à consommer de l'alcool ou des drogues ou à ressentir les effets de l'alcool ou des drogues (sensation de planer, malade) ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
c.	continué à consommer de l'alcool ou des drogues, bien que cette situation vous occasionne des problèmes sociaux, vous entraîne dans des rixes ou vous cause des problèmes avec d'autres personnes ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
d.	constaté que votre consommation d'alcool ou de drogues vous contraint à abandonner, réduire ou expérimenter des problèmes dans le cadre d'activités importantes lors de manifestations professionnelles, scolaires, familiales ou sociales ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
e.	constaté des problèmes de sevrage d'alcool ou de drogues, par exemple, tremblements des mains, nausées, troubles du sommeil ou impossibilité de rester assis, consommation d'alcool ou de drogues pour ne plus être malade ou mettre fin à ces symptômes ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
<b>Pour DEUX réponses « OUI » ou plus dans la catégorie Abus de substances toxiques ou Co-occurrence (Abus de substances toxiques ET Santé mentale), consulter un CDP ou un spécialiste du traitement des abus de substances toxiques</b>					
<b>Je comprends qu'une copie de ce formulaire peut être incluse dans une référence de services.</b>					
SIGNATURE				DATE	