

Date			# dem.	
Au bureau	Durée	Proaction	Durée	Lieu
Déplacement				
Nom			Prise d'info par	
Prénom			D.D.N.	
Sexe			N.A.S	
Télé.			RAMQ	
				Valide?    Oui    Non
Adresse			Langues parlées:	Français Anglais Allophone
<b>Qui a appelé</b>	Lui-même	Entendu parler de nous par		
	Organisme	Lequel?	Téléphone:	
	Autre			
	Actuellement suivi avec ROSAC?	Lequel?		
	A déjà eu un suivi avec Diogène?			
Demande				
R)				
D)				
Informations supplémentaires				

Accepté	Service Transitoire	Doit rappeler:
	Accueil	Le rappeler:
	Transfert au serv. continu	Voir à deux intervenants
Transféré le:		RDV:    Jour:
Inter. SC:		Lieu:
Refusé		Description:
Explication du refus		
Référé à		Intervenant
À vérifier, info insuffisante:		
Dossier fermé le:		Raison:

**Situation au domicile**

Contexte actuel (si occupe logement, utilise ressource, histoire) (selon le (la) "D"emandeur(e), selon le "R"éfèrent, selon "I"ntervenant(e) de Diogène)

**Non                      Problématique itinérante**

Itinérance

Risque d'itinérance dû à:

Toxicomanie

Comp. délinquant

Inst. financière

Déménagement souvent

Inst. mentale

Pas de réseau

Comp. dérangeant

Autre

Déménagements dernière année:

**Situation judiciairisation**

Description de la situation (selon le (la) "D"emandeur(e), selon le "R"éfèrent(e), selon "I"ntervenant(e) de Diogène

**Non                      Problématique**

Statut judiciaire actuel

Antérieur

Type de délit commis

Risque judiciaire dû à:

Comp. délinquant

Inst. financière

Comp. dérangeant

Inst. mentale

Toxicomanie

Date du dernier délit:

Derniers séjours en prison

Date

Nature du délit

Remarques

**Situation santé mentale**

Contexte général de la problématique (selon le (la) "D"emandeur(e), selon le "R"éfèrent, selon "I"ntervenant de Diogène)

**Non                      Problématique santé mentale**

Stable

Instable

En crise

Problématique santé mentale

Problématique estimée

Tr. psychotique

Tr. personnalité

Tr. de l'humeur

Remarques concernant la médication

Suivi psy.

Rég

Occ.

Non

(Type de Rx, effets bénéfiques, effets indésirés,...)

Prend-il ses Rx

Rég.

Occ.

Non

Risque suicidaire actue

Oui

Non

Moyens utilisés

Tentative(s) suicidaire(s) passée(s)

Oui

Non

Quand

**Situation consommation**

Consommation

Activ

Inactive

Description du contexte consommation selon le demandeur

**Non                      Problématique consommation**

Drogue

Médicament

Alcool

Jeu

Autre