

Nom: _____
Last First Middle

Record # _____

Male Female D.O.B: _____

START Formulaire de résumé ©

Diagnostic: DSM-V CIM-10 1 _____ 2 _____
3 _____ 4 _____ 5 _____

STATUS: HOSPITALISÉ PROBATION INCARCÉRÉ
Status: _____ Status: _____ Status: _____

PROPOSITION: RENVOI ADMISSION EXAMEN AUTRE

Specify: _____ Specify: _____

Intervalle de temps de START : _____
days / weeks / months

| Item clé | FORCES | | | Items START | Vulnerabilities | | | Item critique | SIGNES "SIGNATURES" DE RISQUE | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|---|----------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 2 | 1 | 0 | | 0 | 1 | 2 | | ÉVALUATION DE RISQUES SPÉCIFIQUES | | | Low | Mod | High | |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. compétences sociales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. relations avec les autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. occupation/statut prof. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. loisirs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. soins personnels/hygiène | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | Passé | Risques | Menaces | | Low | Mod | High |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. état mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Violence | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. état émotionnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Automutilation | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. abus de substances | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Suicide | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. contrôle des impulsions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Evasion/fugue | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. fact. ext. déclenchants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Abus de substance | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. soutien social † | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Auto-négligence/Incurie | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Ressources matérielles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Victimisation | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Attitudes/modes de pensée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Spécifique à ce cas: _____ | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. complianc thérapeutique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. respect des règles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | MESURES ACTUELLES D'INTERVENTION | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Comportement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Capacités d'introspection | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. projets | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Capacités d'adapatation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. traitabilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | Plan d'intervention actuel | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Spécifique à ce cas: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Spécifique à ce cas: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |

Problèmes médicaux/Tests médicaux

Formulation du risque: *quels facteurs/prédisent-exploquent/quelle personne/va commettre/quel acte/quand?*

Rempli par: _____ Date: _____