

**COMPLÉMENT D'INFORMATION SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA PERSONNE**

**ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE ET DOMESTIQUE**

NOM DU CLIENT : \_\_\_\_\_

DIAGNOSTIQUE : \_\_\_\_\_      DIAGNOSTIQUE SECONDAIRE : \_\_\_\_\_

Voici une liste d'impacts et conséquences reliés à la vie quotidienne.

Cochez les énoncés, qui représentent le mieux la réalité dans le quotidien de la personne, habituellement et actuellement en fonction de ses déficience(s).

| ÉNONCÉ                                              |                          | EXPLIQUER |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|-----------|
| Difficultés cognitives :                            |                          |           |
| - Attention                                         | <input type="checkbox"/> |           |
| - Concentration                                     | <input type="checkbox"/> |           |
| - Mnésique                                          | <input type="checkbox"/> |           |
| - Compréhension                                     | <input type="checkbox"/> |           |
| - Organisation                                      | <input type="checkbox"/> |           |
| - Prendre des décisions                             | <input type="checkbox"/> |           |
| Ralentissement psychomoteur                         | <input type="checkbox"/> |           |
| Difficulté à gérer le stress                        | <input type="checkbox"/> |           |
| Difficulté à contrôler ses émotions                 | <input type="checkbox"/> |           |
| Faible estime de soi                                | <input type="checkbox"/> |           |
| Peu de confiance en soi                             | <input type="checkbox"/> |           |
| Présence d'hallucination                            | <input type="checkbox"/> |           |
| Présence d'un état délirant                         | <input type="checkbox"/> |           |
| Présence d'idée parano                              | <input type="checkbox"/> |           |
| Épisode de manie                                    | <input type="checkbox"/> |           |
| Propos incohérent                                   | <input type="checkbox"/> |           |
|                                                     |                          |           |
| Problème de l'hygiène de vie                        |                          |           |
| - Sommeil                                           | <input type="checkbox"/> |           |
| - Alimentation                                      | <input type="checkbox"/> |           |
| - Occupation / horaire                              | <input type="checkbox"/> |           |
| - Hygiène personnel                                 | <input type="checkbox"/> |           |
| - Apparence négligée                                | <input type="checkbox"/> |           |
| - Difficulté de gestion de biens (\$)               | <input type="checkbox"/> |           |
| Trouble de l'humeur                                 |                          |           |
| - Agressif                                          | <input type="checkbox"/> |           |
| - Passivité                                         | <input type="checkbox"/> |           |
| - Variable                                          | <input type="checkbox"/> |           |
| - Indifférence                                      | <input type="checkbox"/> |           |
| - Violence                                          | <input type="checkbox"/> |           |
| - Anxiété                                           | <input type="checkbox"/> |           |
| - Dépendance affective                              | <input type="checkbox"/> |           |
| - Affect émoussé                                    | <input type="checkbox"/> |           |
| - Idéation et comportement suicidaire               | <input type="checkbox"/> |           |
| Difficultés dans relations interpersonnelles        |                          |           |
| - Établir                                           | <input type="checkbox"/> |           |
| - Maintenir                                         | <input type="checkbox"/> |           |
| - Retrait social /isolement                         | <input type="checkbox"/> |           |
| Comportement socialement inacceptable               | <input type="checkbox"/> |           |
| Difficulté à se mobiliser                           |                          |           |
| - Motivation                                        | <input type="checkbox"/> |           |
| - Procrastination                                   | <input type="checkbox"/> |           |
| Difficulté à assumer la responsabilité de ses actes | <input type="checkbox"/> |           |
| Dépendances                                         |                          |           |
| - Accroc au jeu compulsif                           | <input type="checkbox"/> |           |
| - Abus substances (alcool, drogue, médicament)      | <input type="checkbox"/> |           |
| Autres :                                            |                          |           |
|                                                     | <input type="checkbox"/> |           |

SIGNATURE du professionnel : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_