

## OUTIL DE DÉPISTAGE DU TGC POUR LES ADULTES AYANT UNE DP

### IDENTIFICATION

Nom, prénom :		Date de naissance :	
Numéro de dossier :		Date de passation :	
Nom, prénom et fonction de la personne qui complète l'outil :			

<b>1. L'utilisateur présente un diagnostic de déficience physique.</b> Spécifiez :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>2. L'utilisateur présente un AUTRE diagnostic en comorbidité (ex. : neurologique, physique, sexuel, psychologique, psychiatrique, dépendance).</b> Spécifiez :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>3. Au cours des 90 derniers jours, l'utilisateur a présenté un comportement perturbateur (ou plus) appartenant à une des catégories suivantes à une reprise (ou plus) :</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Agressivité verbale (crie, profère des insultes ou des menaces, etc.) <input type="checkbox"/> Agression physique envers les objets (claque la porte, lance des objets par terre, etc.) <input type="checkbox"/> Gestes physiques contre soi (ex. : se frappe, s'égratigne, etc.) <input type="checkbox"/> Agression physique envers les autres (ex. : bouscule, frappe, griffe, etc.) <input type="checkbox"/> Comportement sexuel inapproprié (ex. : propos, attouchements, exhibitionnisme, etc.) <input type="checkbox"/> Persévérance/comportement répétitif (ex. : martèlement continu, se gratter jusqu'à se causer une lésion, etc.) <input type="checkbox"/> Vagabondage/fugues (ex. : quitter un environnement familial « sécuritaire » lorsqu'il y a un risque élevé de se perdre ou d'être blessé sérieusement) <input type="checkbox"/> Comportement social inapproprié (ex. : ne peut s'occuper de son hygiène, interrompt, refuse de prendre sa médication, vole, traverse la rue sans tenir compte de la circulation, etc.) <input type="checkbox"/> Manque d'initiative (ex. : la personne peut effectuer les activités que si quelqu'un l'incite verbalement ou physiquement)		
<b>4. Au cours des 90 derniers jours, les comportements de l'utilisateur ont entraîné un (ou plusieurs) des impacts suivants :</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> une personne significative a refusé d'avoir des contacts avec l'utilisateur. Cette personne a exprimé son ouverture à une reprise éventuelle de la relation. <input type="checkbox"/> des atteintes psychologiques qui ont requis un soutien formel. (ex. : un proche demande un suivi psychologique au CLSC, un intervenant demande à ce qu'on lui retire certaines tâches avec l'utilisateur, un usager demande de l'aide, un intervenant réfère l'utilisateur en psychothérapie, etc.) <input type="checkbox"/> un dispensateur de services à interrompre le service. Il a exprimé son ouverture à une reprise éventuelle du service. (ex. : retrait temporaire de l'école ou d'une activité, hospitalisation temporaire ou répit en raison des comportements, etc.) <input type="checkbox"/> l'utilisation d'interventions visant à restreindre l'utilisateur lors d'une activité spécifique. (ex. : cesser un soin, recours à une médication en PRN, annuler une sortie, demander à l'utilisateur de sortir de la classe, faire un arrêt d'agir, utiliser une mesure de contrôle, etc.) <input type="checkbox"/> des blessures physiques qui ont requis un soin médical. (ex. : consultation médicale, points de suture, radiographie, plâtre, etc.)		
<b>5. L'équipe a mis en place des interventions sans succès et a besoin de soutien afin de maintenir, modifier ou ajuster son offre de service</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Si votre usager cote « OUI » aux questions 1, 3, 4 et 5 : veuillez référer son dossier pour une évaluation formelle auprès d'un professionnel habilité.

**DÉCISION FINALE** - Évaluation formelle recommandée :  OUI  NON

Signature : \_\_\_\_\_