

Outil de dépistage et de renvoi pour l'ETCAF à l'intention des agents de probation juvénile

Nom de l'agent de probation : _____ Date : _____

N° de téléphone : _____ N° de télécopieur : _____

Adresse : _____

Courriel : _____

A reçu le consentement obligatoire du **gardien** pour renvoyer l'adolescent pour une évaluation de l'ETCAF

Informations générales

Nom de l'adolescent : _____

Date de naissance : _____ Âge _____ Sexe : Masculin Féminin

Origine ethnique : Caucasienne Autochtone Asiatique Asiatique du Sud Noire

Autre : _____

L'adolescent a-t-il été évalué pour ce qui suit?

	Nom de l'agence	Date de l'évaluation
Évaluation psycho-éducationnelle	_____	_____
Évaluation psychiatrique en hôpital ou privée	_____	_____
Évaluation psychiatrique médico-légale des adolescents	_____	_____
Évaluation de la santé mentale	_____	_____
Autre établissement spécialisé	_____	_____

Gardien légal

Parent(s) biologique(s) Parent(s) adoptif(s) Travailleur social Autre : _____

Nom : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____ N° de télécopieur : _____

L'adolescent réside actuellement avec :

sa mère biologique son père biologique son ou ses parents adoptifs Parent nourricier

Foyer de groupe Centre de détention Autre : _____

Nom de l'aidant : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____ N° de télécopieur : _____

Liste de pointage du dépistage Veuillez cocher toutes les cases des sections A et B qui s'appliquent à cet adolescent.

A. FACTEURS SOCIAUX

- L'adolescent est adopté
- L'adolescent a été dans un foyer nourricier ou a reçu des services de protection de l'enfance
- L'adolescent a un frère ou une sœur ayant reçu un diagnostic documenté d'ETCAF/SAFp/TNDLA
- Il a été documenté que l'adolescent est *soupçonné* de présenter un ETCAF/SAFp/TNDLA
- La mère de l'adolescent a des antécédents d'alcoolisme ou utilisation connue d'alcool pendant la période prénatale

B. FACTEURS PERSONNELS

- Retard du développement pendant la petite enfance (par exemple, a eu besoin de services d'orthophonie, d'ergothérapie ou de développement de l'enfance avant l'entrée à l'école)
- Difficultés d'apprentissage scolaire (par exemple, a eu besoin d'une aide pour apprendre, d'un programme modifié ou spécial, a connu un échec scolaire ou a décroché pour des raisons scolaires)
- Manque de croissance (c'est-à-dire taille courte ou poids faible)
- Diagnostic de THADA ou HDA
- Autre diagnostic de santé mentale
 - o Anxiété
 - o Dépression
 - o Trouble de conduite
 - o Trouble de l'attachement
 - o Autre _____
 - o Trouble de stress post-traumatique
 - o Trouble oppositionnel avec provocation
 - o Trouble de mauvaise utilisation des substances
 - o Inconnu

En utilisant les informations déjà obtenues à A et B, renvoyez l'adolescent pour une évaluation de l'ETCAF s'il répond aux critères suivants :

- Un facteur social (section A) PLUS au minimum deux facteurs personnels (section B) **OU**
- Pas de facteurs sociaux (section A) PLUS au minimum trois facteurs personnels (section B)

Existe-t-il une documentation dans les dossiers médicaux, des services sociaux ou des tribunaux, que l'adolescent a déjà reçu un diagnostic d'ETCAF/SAFp/TNDLA ou EAF.

- Oui
- Non

Si oui, qui a posé le diagnostic? _____

Date du diagnostic : _____

Lieu : _____

Gestion de cas

L'adolescent a-t-il été détenu? Oui Non

Date de la prochaine comparution devant les tribunaux : _____

Date d'expiration de la probation : _____

Quels délits l'adolescent a-t-il commis (Veillez cocher tout ce qui s'applique et date) :

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Introduction par effraction | <input type="radio"/> Vol de moins de 5 000 \$ |
| <input type="radio"/> Vol qualifié | <input type="radio"/> Vol de plus de 5 000 \$ |
| <input type="radio"/> Voies de fait | <input type="radio"/> Meurtre/homicide involontaire coupable |
| <input type="radio"/> Possession/utilisation d'une arme | <input type="radio"/> Recel |
| <input type="radio"/> Conduite automobile dangereuse | <input type="radio"/> Sollicitation/prostitution |
| <input type="radio"/> Infraction sexuelle | <input type="radio"/> Dommages à la propriété privée |
| <input type="radio"/> Incendie criminel | <input type="radio"/> Méfait public |
| <input type="radio"/> Fraude | <input type="radio"/> Manquement aux obligations |
| <input type="radio"/> Kidnapping | <input type="radio"/> Obstruction de la justice |
| <input type="radio"/> Voies de fait causant des lésions corporelles/voies de fait graves | <input type="radio"/> Possession d'instruments pour introduction par effraction |
| <input type="radio"/> Accusations liées à la drogue | <input type="radio"/> Vol de véhicule |
| <input type="radio"/> Menaces de causer la mort/des lésions corporelles | <input type="radio"/> Autre : _____ |

L'adolescent reçoit-il les services d'un intervenant du PSSI ou autre intervenant sur une base individuelle? :

Oui Non

Nom de l'intervenant : _____

Agence : _____ N° de tél. : _____

L'adolescent a-t-il un travailleur social non tuteur? Oui Non

Nom du travailleur social : _____ N° de tél. : _____

L'adolescent est-il actuellement scolarisé? Oui Non

Si oui, l'adolescent est-il dans :

une école régulière? une école alternative? enseignement à la maison?

L'adolescent a-t-il reçu un traitement pour l'alcool et les drogues? Oui Non

L'adolescent a-t-il reçu des conseils en santé mentale? Oui Non

L'adolescent prend-il actuellement des médicaments? Oui Non

Si oui, veuillez en dresser la liste : _____

Liste de pointage du comportement :

Lesquels des comportements suivants caractérisent cet adolescent (Veillez cocher tout ce qui s'applique)? :

- Demande de l'attention, parle à voix forte
- Mauvaise utilisation d'alcool et d'autres drogues
- Est facilement manipulé par les autres
- A un besoin élevé d'acceptation
- Mauvaise compréhension des limites personnelles
- A peu d'inhibition concernant le partage des informations personnelles
- A de la difficulté à prendre des décisions, résoudre des problèmes, manque de jugement
- Ne comprend pas les effets de ses actions sur les autres
- A besoin de supervision et d'une gestion de son temps et de son argent
- Est impulsif
- A un problème de maîtrise de la colère
- Est inepte ou immature sur le plan social
- Pense de manière concrète et littérale
- Manque ses rendez-vous de manière chronique
- A de la difficulté à suivre les règles ou exigences

Nom de la personne qui remplit le formulaire (s'il ne s'agit pas de l'agent de probation juvénile) :

_____ Date: _____

N° de tél. : _____ N° de téléc. : _____

Adresse : _____

Renvoi pour une évaluation de l'ETCAF

Agence : _____

Contact _____

Date d'envoi du renvoi : _____

Rien de ce qui est contenu dans ce document ne doit ou ne devrait être utilisé comme substitution à des conseils médicaux, à un diagnostic ou à un traitement de la part d'un professionnel des soins de santé autorisé. Ce document ne constitue pas la pratique de la médecine et ne constitue pas de conseil de diagnostic ou de traitement médical, infirmier ou d'une autre discipline de la santé.