

Nom et prénom de l'utilisateur : Numéro de dossier : Date de naissance de l'utilisateur : 

# INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Le présent document vise à recueillir des **informations générales sur la famille** et à documenter sommairement les facteurs de risque et de protection<sup>1,2</sup>.

Critères d'admissibilité aux SIPPE	
<input type="checkbox"/> Faible revenu Revenu familial : _____	Et l'un des facteurs de risque suivants : <input type="checkbox"/> Sous-scolarisation Scolarisation atteinte : _____ <input type="checkbox"/> Isolement social
Suivis dans les SIPPE	Autres services
Date de début du service dans les SIPPE : _____  <b>Type de suivi :</b> <input type="checkbox"/> Suivi prénatal Nombre de semaines de grossesse : _____ <input type="checkbox"/> Suivi postnatal  Intervenante pivot : _____  Équipe des SIPPE : _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Autres services du CISSS/CIUSSS (ex. : PJ, santé mentale) _____ <input type="checkbox"/> Autres services/ressources de la communauté _____ _____
	Services en attente
	<input type="checkbox"/> En attente de services pour : _____ _____ _____ _____

Renseignements généraux concernant les parents			
MÈRE		PÈRE ou CONJOINT(E), le cas échéant	
Nom et prénom : <input type="checkbox"/> Vit avec l'enfant		Nom et prénom : <input type="checkbox"/> Vit avec l'enfant	
Date de naissance :		Date de naissance :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone cellulaire :	Autre téléphone :	Téléphone cellulaire :	Autre téléphone :
Courriel :		Courriel :	
Langue parlée :		Langue parlée :	
Problème d'accès en lien avec la langue : <input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Non		Problème d'accès en lien avec la langue : <input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Non	

1. Les éléments d'informations inclus dans ce document, rempli par l'intervenante seulement, découlent des échanges avec les parents.  
 2. Le document Informations sur la famille ne remplace pas l'Avis de grossesse.

Personnes présentes :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :
Date de passation :	
Remplie par :	

Nom et prénom de l'utilisateur :

Numéro de dossier :

Date de naissance de l'utilisateur :

<input type="checkbox"/> S'identifie comme une personne appartenant à la communauté autochtone Laquelle :	<input type="checkbox"/> S'identifie comme une personne appartenant à la communauté autochtone Laquelle :
<input type="checkbox"/> S'identifie comme une personne immigrante Depuis :	<input type="checkbox"/> S'identifie comme une personne immigrante Depuis :
Au besoin, veuillez répondre à la question sur le parcours migratoire dans le document Pour aller plus loin.	
<b>Situation de vie de la mère<sup>3</sup></b>	<b>Situation de vie du père/conjoint(e)<sup>4</sup></b>
<input type="checkbox"/> Vit seule <input type="checkbox"/> Vit avec conjoint(e) (qu'il soit ou non le père de l'enfant) <input type="checkbox"/> Vit avec conjoint(e) (qu'il soit ou non le père de l'enfant) et enfant(s) de moins de 18 ans (le(s) sien(s) ou celui (ceux) du (de la) conjoint(e)) <input type="checkbox"/> Famille monoparentale (vit sans conjoint(e) avec enfant(s)) <input type="checkbox"/> Vit avec une ou des personnes de la famille immédiate (mère, père, sœur, frère) <input type="checkbox"/> Vit avec une ou des personnes non apparentées (réseau social hors de la famille) <input type="checkbox"/> Séparation récente (moins d'un an)	<input type="checkbox"/> Vit seule <input type="checkbox"/> Vit avec conjoint(e) (qu'il soit ou non le père de l'enfant) <input type="checkbox"/> Vit avec conjoint(e) (qu'il soit ou non le père de l'enfant) et enfant(s) de moins de 18 ans (le(s) sien(s) ou celui (ceux) du (de la) conjoint(e)) <input type="checkbox"/> Famille monoparentale (vit sans conjoint(e) avec enfant(s)) <input type="checkbox"/> Vit avec une ou des personnes de la famille immédiate (mère, père, sœur, frère) <input type="checkbox"/> Vit avec une ou des personnes non apparentées (réseau social hors de la famille) <input type="checkbox"/> Séparation récente (moins d'un an)

Renseignements généraux concernant les enfants						
Prénom	Date de naissance	Type de garde			Fréquente un service de garde éducatif à l'enfance ou autre lieu	
		Temps complet	Partagée	Autres (Ex. : 1 fds/2)		
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :
Problème d'accès à un service de garde?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :				

Prénom	Vaccination Médical			Suivis				
	Oui	Non	À jour?	Dentaire		Médical		Par d'autres professionnels
				Oui	Non	Oui	Non	
								Si oui, précisez le type de professionnel (ex. : psychologue, orthophoniste)
Problème(s) de santé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :						
		Précisez la médication ou le traitement s'il y a lieu :						
Inquiétudes en lien avec la croissance (poids, grandeur) et le développement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :						

Personnes présentes :	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Autre :
Date de passation :	<input type="text"/>		
Remplie par :	<input type="text"/>		

3. Les situations de vie de la mère et du père qui sont proposées sont tirées du système d'information I-CLSC.

4. Idem

Nom et prénom de l'utilisateur : Numéro de dossier : Date de naissance de l'utilisateur : **SANTÉ****Santé physique**

Suivi médical ou de grossesse

 Oui  Non

Nom du soignant (médecin, infirmière praticienne spécialisée (IPS), sage-femme)

Nom de l'établissement/Clinique/GMF/Maison des naissances

Problème(s) de santé

 Oui  Non

Précisez le diagnostic :

1-

2-

3-

Précisez la médication ou le traitement

1-

2-

3-

Questions ou inquiétudes en lien avec votre santé

 Oui  Non

Questions ou inquiétudes en lien avec la santé du père ou conjoint(e)?

 Oui  Non

Besoins spécifiques liés à une déficience physique ou intellectuelle (ex. : besoin d'une aide technique)

 Oui  Non

Expérience(s) de grossesse antérieure(s)

 Oui  Non

Nombre de grossesses : \_\_\_\_\_

Comment avez-vous vécu cette (ces) grossesse(s) (ex. : type d'accouchement, âge gestationnel, bébé prématuré, de petit poids, mort-né, grossesse multiple, situation particulière de santé ou psychosociale)?

Dépression post-partum

 Oui  Non

En quelle année? \_\_\_\_\_

**Santé mentale**

Avez-vous des inquiétudes ou des sources de stress en ce moment?

 Oui  Non

Que faites-vous par rapport à ces inquiétudes/sources de stress?

Problème(s) de santé mentale

 Oui  Non

Problème(s) de dépendance

 Oui  Non

Suivi par un professionnel (médecin, psychiatre, infirmière, psychologue, travailleuse sociale, autre)

Diagnostic :

1-

2-

3-

Médication ou traitement :

1-

2-

3-

Questions ou inquiétudes en lien avec la santé mentale du père ou de votre conjoint(e)?

 Oui  Non

Événements particulièrement marquants ou difficiles dans votre vie (ex. : abus, placement, deuil, immigration, etc.)

Tentative(s) de suicide

 Oui  Non

Précisez :

Personnes présentes :  Mère  Père  Autre :

Date de passation :

Remplie par :