

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^{1,2}.

Critères d'admissibilité aux SIPPE

 Faible revenu

Revenu familial : _____

Et l'un des facteurs de risque suivants :

 Sous-scolarisation

Scolarisation atteinte : _____

 Isolement social

Suivis dans les SIPPE

Date de début du service dans les SIPPE : _____

Type de suivi :

 Suivi prénatal

Nombre de semaines de grossesse : _____

 Suivi postnatal
Intervenante pivot :
_____Équipe des SIPPE :

Autres services

 Autres services du CISSS/CIUSSS (ex. : PJ, santé mentale)

 Autres services/ressources de la communauté

Services en attente

 En attente de services pour :

Renseignements généraux concernant les parents

MÈRE

Nom et prénom :

 Vit avec l'enfant

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone cellulaire :

Autre téléphone :

Courriel :

Langue parlée :

Problème d'accès en lien avec la langue :

 Oui Précisez : _____

 Non

PÈRE ou CONJOINT(E), le cas échéant

Nom et prénom :

 Vit avec l'enfant

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone cellulaire :

Autre téléphone :

Courriel :

Langue parlée :

Problème d'accès en lien avec la langue :

 Oui Précisez : _____

 Non
Personnes présentes : Mère Père Autre :

Date de passation :

Remplie par :

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.

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.	Au besoin, veuillez répondre à la question sur le parcours migratoire dans le document Pour aller plus loin.
Situation de vie de la mère³	Situation de vie du père/conjoint(e)⁴
<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 :
					<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 Si oui, précisez le type de professionnel (ex. : psychologue, orthophoniste)
				Oui	Non	Oui	Non	
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 :