



## Formulaire de présélection pour l'éligibilité au programme Éclos

Date de la présélection (jj/mmm/aa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AR: \_\_\_\_\_

### Présélection pour:

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Pronoms: \_\_\_\_\_ Sexe à la naissance \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mmm/aa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ (si non 9-25 ans - non éligible)

Courriel: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

### Source de référence :

- Organisation partenaire non médicale (LOVE, P10, YMCA, etc.,)
- Site clinique partenaire (CLSC, AO, Douglas clinics)
- Soins primaires pour raison de santé physique
- Parents/frères et sœurs recevant des soins
- Autres

Spécifier (pour toute source): \_\_\_\_\_

### L'éligibilité :

Langue parlée: Anglais  Français  Autres  (Si ce n'est pas l'anglais ou le français - non éligible)

1. Diagnostic de santé mentale connu ? Oui  Non

Préciser : \_\_\_\_\_

2. Traitement des problèmes de santé mentale ? Oui  Non

Préciser : \_\_\_\_\_

Médicaments : Prescripteur: \_\_\_\_\_ Date de début: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_ Pris régulièrement? Oui  Non

3. Suivi dans une clinique spécialisée en santé mentale ? Oui  Non

Préciser : \_\_\_\_\_

4. Déficit intellectuel connu ?  Non

Préciser : \_\_\_\_\_

(Si la réponse à l'une des questions 1 à 4 est « oui » - examiner l'éligibilité avec l'équipe d'Éclos)

5. Déjà cherché de l'aide pour leur santé mentale ? Oui  Non

Préciser : \_\_\_\_\_

6. Antécédents familiaux de maladie mentale ? (parents au premier degré uniquement) Oui  Non

Préciser : \_\_\_\_\_

7. Maladie physique chronique ? Oui  Non

Préciser: \_\_\_\_\_

8. Déjà demandé de l'aide pour des besoins sociaux ? Oui  Non

Préciser : \_\_\_\_\_

(Si toutes les questions 5 à 8 sont répondues « non » - non éligible)

### Participation des parents : Ne remplir que si aucune exclusion n'a été prononcée jusqu'à présent

Parent ou frère ou sœur plus âgé(e) disponible pour l'étude: Oui  Non  Si oui, précisez le lien avec l'enfant \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

*Instructions aux cliniciens : Veuillez obtenir le consentement verbal des participants potentiels avec lesquels vous souhaitez que nous prenions contact. Le consentement des participants à ce que vous partagiez leurs coordonnées avec nous doit être consigné dans vos notes cliniques. Si cela n'est pas possible, le meilleur moyen pour les patients d'être orientés vers l'étude est de nous appeler, de nous envoyer un SMS ou un courriel directement via les informations fournies dans la brochure de recrutement.*