

Bilan Infirmier d'Entrée – après changement de lieu détention (transfert)

NOM :
Prénom :
Né(e) le :

Vu(e) le :
Par :
Signature :

N.P.*	1. Informations sociales		Oui	Non	Remarques
A*	1.1	Nationalité			
	1.2	Langue parlée			
B*	1.3	Etat civil			
		Conséquence de l'incarcération sur le couple ?	Oui	Non	
	1.4	Avez-vous des enfants ?	Oui	Non	Combien ?
C*	1.5	Avez-vous un logement fixe ?	Oui	Non	Où ?
	1.6	Avez-vous une activité professionnelle ?	Oui	Non	Laquelle ? Encore sous contrat ?

N.P.	2. Auto-évaluation et santé physique				
A	2.1	Dans l'ensemble comment jugez-vous votre santé <u>au cours des deux dernières semaines</u> ? <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Très mauvaise <input type="checkbox"/> Pas de réponse			
	2.2	Ressentez-vous actuellement un problème de santé physique ?	Oui	Non	Lequel ? Est-ce à cause d'un accident ?
	2.3	Femme : avez-vous des règles régulières ?	Oui	Non	Pourriez-vous être enceinte ?

N.P.	3. Santé mentale				
A	3.1	Vous sentez-vous très tendu, angoissé ?	Oui	Non	
	3.2	Avez-vous déjà été soigné par un psychiatre ou un psychologue ?	Oui	Non	Qui ? Où ? OK pour contact ? (DELIE !)
		Pour quel problème ? Est-ce que le psychiatre vous a proposé un diagnostic ?			
		Avez-vous reçu des médicaments pour cela ?	Oui	Non	Lesquels ?
		Avez-vous été hospitalisé pour cela ?	Oui	Non	Quand ? Où ? OK pour copie de rapport ? (DELIE !)
	3.3	Dans votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	Oui	Non	Quand ?
B	3.4	Durant l'année écoulée, vous est-il arrivé de vous faire du mal physiquement ?	Oui	Non	Comment ? Quand ?
A	3.5	Savez-vous si le juge a pris une décision particulière concernant votre suivi médical ?	Oui	Non	Laquelle ?

N.P.	4. Violences				
A	4.1	Avez-vous été récemment victime de violence ?	Oui	Non	
	4.2	Si oui, cela s'est-il produit avec les autorités ?	Oui	Non	
B		Si oui, cela s'est-il produit avec quelqu'un de votre famille/entourage ?	Oui	Non	Qui ?
A	4.3	Etes-vous d'accord qu'un médecin fasse un constat des lésions ?	Oui	Non	
B	4.4	Avez-vous été impliqué vous-même récemment comme auteur de violence ?	Oui	Non	Quand ?
	4.5	Dans votre passé, avez-vous vécu des violences qui vous font souffrir encore aujourd'hui ?	Oui	Non	Aimeriez-vous en parler avec un soignant lors d'un prochain entretien ?

N.P.	5. Abus de substances		Oui	Non	Remarques
	Tabac – cannabis				
A	5.1	Fumez-vous au moins 1 cigarette / jour ?	Oui	Non	Combien ?
	5.2	Avez –vous déjà pensé à arrêter de fumer ? essayé ?	Oui	Non	
	5.3	En liberté, prenez-vous du cannabis au moins 2x/sem. ?	Oui	Non	Combien ? Quand pour la dernière fois ?
	Alcool : questionnaire AUDIT-C				
A	5.4	En liberté, à quelle fréquence buvez-vous des boissons contenant de l'alcool ? <input type="checkbox"/> ₀ jamais <input type="checkbox"/> ₁ ≤ 1x/mois <input type="checkbox"/> ₂ 2-4x/mois <input type="checkbox"/> ₃ 2-3x/sem. <input type="checkbox"/> ₄ ≥ 4x/sem.			
	5.5	En général, combien de verres buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool ? <input type="checkbox"/> ₀ 1-2 <input type="checkbox"/> ₁ 3-4 <input type="checkbox"/> ₂ 5-6 <input type="checkbox"/> ₃ 7-9 <input type="checkbox"/> ₄ 10 ou plus			
	5.6	Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire 6 verres ou plus ? <input type="checkbox"/> ₀ jamais <input type="checkbox"/> ₁ < 1x/mois <input type="checkbox"/> ₂ 1x/mois <input type="checkbox"/> ₃ 1x/sem. <input type="checkbox"/> ₄ > 1x/sem.			
		Consommation excessive ?	Oui	Non	(hommes : ≥5 ; femmes : ≥4 points)
	Cocaïne – opiacés – benzodiazépines				
A	5.8	Dans votre vie, avez-vous déjà consommé de la cocaïne ?	Oui	Non	
	5.9	Comment ? (sniffée, fumée/basée, injectée)	Oui	Non	Prise de risque (m. infectieuse) ?
	5.10	En avez-vous consommé durant les 30 derniers jours ?	Oui	Non	Quand pour la dernière fois ?
	5.11	Dans votre vie, avez-vous déjà consommé de l'héroïne ou de la méthadone au noir ?	Oui	Non	
	5.12	Comment ? (sniffée, fumée, injectée, bue)	Oui	Non	Prise de risque (m. infectieuse) ?
	5.13	En avez-vous consommé durant les 30 derniers jours ?	Oui	Non	Quand pour la dernière fois ?
	5.14	Avez-vous reçu un traitement de méthadone ou une autre substitution ?	Oui	Non	Jusqu'à quand ? Par qui ?
	5.15	Avez-vous bénéficié d'un test de dépistage pour les hépatites et le VIH ?	Oui	Non	Quand ? Où ? OK pour copie de résultat ? (DELIE !)
	5.16	Etes-vous vacciné contre les hépatites ?	Oui	Non	Carnet de vaccination ?
5.17	En liberté, prenez-vous régulièrement des médicaments calmants sans contrôle médical ?	Oui	Non	Quel type ? Combien ?	
	6. Vaccinations				
C	6.1	Savez-vous si vos vaccins sont à jour ?	Oui	Non	
	6.2	Avez-vous un carnet de vaccination accessible ?	Oui	Non	Va le faire parvenir ?
	6.3	Aimeriez-vous que nous complétions vos vaccinations pendant votre séjour ?	Oui	Non	
	7. Médication quotidienne				
A					
	7.1	Avez-vous reçu votre traitement aujourd'hui ?	Oui	Non	

