

Décision partagée dans les soins de routine – Patient (CDRC-P)

1ère partie

Ces questions concernent la dernière rencontre avec votre intervenant.

1. Quand cette dernière rencontre a-t-elle eu lieu ? (jj.mm.aaaa) ___ / ___ / _____ [CDRCP01]

2. Combien de temps a-t-elle duré ? (en minutes) _____ min [CDRCP02]

3. Durant cette rencontre, quels ont été les domaines pour lesquels une décision a été prise ? *Veillez s'il vous plaît indiquer pour chacun des domaines suivants s'il a été discuté et si une décision a été prise ou non le concernant. Gardez à l'esprit que ne rien changer est aussi une décision.*

	Pas discuté	Discuté, pas de décision prise	Discuté, décision prise	
Symptômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP03]
Mesures prises en cas d'aggravation de la maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP04]
Santé physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP05]
Travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP06]
Sources de revenu / Finances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP07]
Traitement médicamenteux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP08]
Effets secondaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP09]
Famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP10]
Amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP11]
Suite du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP12]
Temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP13]
Autre chose ? _____ (veuillez spécifier) [CDRCP14]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP14]

4. DÉCISION ACTUELLE :

Décrivez brièvement et avec vos propres mots les détails de la décision prise lors de la dernière rencontre avec votre intervenant. Veillez écrire aussi lisiblement que possible (de préférence en lettres majuscules). Si plusieurs décisions ont été prises, choisissez celle qui vous semble la plus importante à développer. Sinon, veuillez écrire « aucune décision prise » si c'est le cas. [CDRCP15]

Décision partagée dans les soins de routine – Patient (CDRC-P)
2ème partie

5. Y a-t-il eu des changements significatifs dans votre vie au cours des deux derniers mois ? (Veuillez s'il vous plaît cocher les cases correspondant à ces changements. S'il y a eu des changements dans l'un de ces domaines, veuillez s'il vous plaît les décrire brièvement avec quelques mots simples).

- | | |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Non | [CDRCP22] |
| <input type="checkbox"/> Oui (cochez), concernant (décrivez brièvement) | [CDRCP23] |
| <input type="checkbox"/> Famille / Amis | [CDRCP24A] [CDRCP24] |
| <input type="checkbox"/> Travail / Formation | [CDRCP25A] [CDRCP25] |
| <input type="checkbox"/> Finances | [CDRCP26A] [CDRCP26] |
| <input type="checkbox"/> Conditions de vie | [CDRCP27A] [CDRCP27] |
| <input type="checkbox"/> Santé | [CDRCP28A] [CDRCP28] |
| <input type="checkbox"/> Temps libre | [CDRCP29A] [CDRCP29] |

Maintenant, allez directement à la question 1 du questionnaire suivant.

6. Veuillez s'il vous plaît penser à la dernière rencontre avec votre intervenant et cochez les cases pertinentes (vous pouvez cocher plusieurs cases).

- | | | |
|---|--------------------------|-----------|
| Mon intervenant m'a suggéré différentes possibilités mais aucune décision n'a été prise. J'ai dû y réfléchir par moi-même | <input type="checkbox"/> | [CDRCP16] |
| Nous avons uniquement discuté de comment j'allais | <input type="checkbox"/> | [CDRCP17] |
| Nous n'avons pris aucune décision en raison du manque de temps | <input type="checkbox"/> | [CDRCP18] |
| Je ne me rappelle pas exactement ce qui s'est passé durant cette rencontre | <input type="checkbox"/> | [CDRCP19] |
| Il y a eu beaucoup d'interruptions durant cette rencontre (par exemple appels téléphoniques, autres dérangements) et par conséquence, il n'a pas été possible de prendre une décision | <input type="checkbox"/> | [CDRCP20] |
| Autre chose ? _____ [CDRCP21A] | <input type="checkbox"/> | [CDRCP21] |

Implication dans la décision médicale partagée et satisfaction relative – Patient (CDIS-P)

Si vous avez écrit « pas de décision prise », allez directement à la question 6 de la page 7.

A – Satisfaction

Veillez s'il vous plaît répondre aux énoncés suivants concernant la décision médicale que vous avez inscrite au bas de la page précédente. Indiquez à quel point chaque affirmation est vraie pour vous CONCERNANT CETTE DÉCISION PRÉCISE. Vous ne pouvez cocher qu'une seule case pour chaque question.

	<i>Fortement en désaccord</i>	<i>Un peu en désaccord</i>	<i>Ni d'accord, ni en désaccord</i>	<i>Un peu d'accord</i>	<i>Fortement d'accord</i>	
1. Je suis persuadé(e) d'avoir été convenablement informé(e) des problèmes importants liés à cette décision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISP01]
2. La décision que nous avons prise était la meilleure selon moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISP02]
3. Je suis persuadé(e) que cette décision correspond à mes valeurs personnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISP03]
4. J'attends que la décision prise soit pleinement appliquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISP04]
5. Je suis persuadé(e) que c'était la décision à prendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISP05]
6. Je suis satisfait(e) de cette décision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISP06]

B – Implication

Veillez s'il vous plaît indiquer quelle affirmation est juste pour vous CONCERNANT CETTE DÉCISION PRÉCISE en cochant la case appropriée.

Vous ne pouvez cocher qu'UNE SEULE case.

A. J'ai pris la décision finale	<input type="checkbox"/>	[CDISP07]
B. J'ai pris la décision finale après avoir sérieusement pris en considération l'avis de mon intervenant	<input type="checkbox"/>	
C. Mon intervenant et moi avons pris, de manière conjointe, la meilleure décision	<input type="checkbox"/>	
D. Mon intervenant a pris la décision finale, mais après avoir sérieusement pris en considération mon avis	<input type="checkbox"/>	
E. Mon intervenant a pris la décision finale	<input type="checkbox"/>	

Implication dans la décision médicale partagée et satisfaction relative – Patient (CDIS-P)

A – Satisfaction

Veillez s'il vous plaît répondre aux énoncés suivants concernant LA DÉCISION DE VOUS HOSPITALISER. Indiquez à quel point chaque affirmation est vraie pour vous concernant cette décision précise d'hospitalisation. Vous ne pouvez cocher qu'une seule case pour chaque question.

	<i>Fortement en désaccord</i>	<i>Un peu en désaccord</i>	<i>Ni d'accord, ni en désaccord</i>	<i>Un peu d'accord</i>	<i>Fortement d'accord</i>	
1. Je suis persuadé(e) d'avoir été convenablement informé(e) des problèmes importants liés à cette décision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISP01]
2. La décision que nous avons prise était la meilleure selon moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISP02]
3. Je suis persuadé(e) que cette décision correspond à mes valeurs personnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISP03]
4. J'attends que la décision prise soit pleinement appliquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISP04]
5. Je suis persuadé(e) que c'était la décision à prendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISP05]
6. Je suis satisfait(e) de cette décision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISP06]

B – Implication

Veillez s'il vous plaît indiquer quelle affirmation est juste pour vous concernant cette décision précise d'hospitalisation en cochant la case appropriée.

Vous ne pouvez cocher qu'UNE SEULE case.

A. J'ai pris la décision finale	<input type="checkbox"/>	[CDISP07]
B. J'ai pris la décision finale après avoir sérieusement pris en considération l'avis de mon intervenant	<input type="checkbox"/>	
C. Mon intervenant et moi avons pris, de manière conjointe, la meilleure décision	<input type="checkbox"/>	
D. Mon intervenant a pris la décision finale, mais après avoir sérieusement pris en considération mon avis	<input type="checkbox"/>	
E. Mon intervenant a pris la décision finale	<input type="checkbox"/>	

Clinical Decision Making Style – Service User (CDMS-P)

A. These questions are about your attitudes towards decision-making in mental health-care. Please tick to what extent you agree with the following statements (from “strongly disagree” to “strongly agree”).

	<i>Strongly disagree</i>	<i>Slightly disagree</i>	<i>Neither disagree or agree</i>	<i>Slightly agree</i>	<i>Strongly agree</i>	
1. Important decisions should be made by the clinician in charge and not by me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP01]
2. Even if I have a different opinion than my clinician, I should still follow his/her advice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP02]
3. If I have to be treated in hospital, I shouldn't make my own decisions concerning my treatment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP03]
4. I should make my own decisions concerning everyday problems connected to my illness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP04]
5. If my illness gets worse, I want my clinician to take more control of my treatment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP05]
6. I should decide for myself how often I want to see my clinician.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP06]

B. Here are some case examples. Please read them thoroughly and answer the questions relating to them by ticking the items that best apply to you.

Case example 1: Imagine you are on the road to recovery after a critical stage of your illness and now you would like to return to your place of work/occupation.

Who should make the following decisions?

	<i>Me</i>	<i>Mainly me</i>	<i>Jointly with clinician</i>	<i>Mainly clinician</i>	<i>Clinician</i>	
7. If I can return to work at all.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP07]
8. What type of occupation would be suitable (e.g. less demanding or the same as before)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP08]
9. How much I should work (part-time or full-time)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP09]

Case example 2: Imagine that you experience unusually severe side effects due to your medication.

Who should make the following decisions?

	<i>Me</i>	<i>Mainly me</i>	<i>Jointly with clinician</i>	<i>Mainly clinician</i>	<i>Clinician</i>	
10. If I should see a doctor because of this.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP10]
11. If the present medication dosage should be changed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP11]
12. If I should take another medication.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP12]

Case example 3: Your clinician suggests you take medication for your mental health problems.

Who should make the following decisions?

	<i>Me</i>	<i>Mainly me</i>	<i>Jointly with clinician</i>	<i>Mainly clinician</i>	<i>Clinician</i>	
13. If I take this medication at all.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP13]
14. In what form I take it (e.g. depot, tablets)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP14]
15. How long I take the drugs for?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP15]

C. The following questions refer to your need for information as a service user. Please indicate how much you agree with each statement.

	<i>Strongly disagree</i>	<i>Slightly disagree</i>	<i>Neither disagree or agree</i>	<i>Slightly agree</i>	<i>Strongly agree</i>	
16. The more my illness worsens, the more I should be informed about the facts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP16]
17. I should know exactly what is going to happen to me regarding my illness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP17]
18. The clinician should explain to me the purpose of examinations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP18]
19. I should only receive information when I ask for it.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP19]
20. It's important for me to know all the side-effects of my treatment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP20]
21. If various treatment methods are possible then I should be informed about them.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDMSP21]

Clinical Decision Making in Routine Care – Service User (CDRC-P)

Part 1

These questions are about your last meeting with your clinician.

1. When did the meeting take place? (DD.MM.YYYY)

--	--	--	--	--	--	--	--

[CDRCP01]

2. How long did the meeting last?

		min
--	--	-----

[CDRCP02]

3. In this meeting with your clinician, what were the decision-making issues? *Please indicate for each of the following issues whether it was discussed and if a decision was made or not. Please bear in mind that not changing things is also a decision.*

	not discussed	discussed, no decision made	discussed, decision made	
Symptoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP03]
Measures taken in case of deterioration of illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP04]
Physical health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP05]
Work	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP06]
Pension/Benefits/Finances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP07]
Medication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP08]
Side effects	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP09]
Family	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP10]
Friends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP11]
Further treatment methods	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP12]
Free time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP13]
Anything else ? _____ (Please specify) [CDRCP14A]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDRCP14]

4. CURRENT DECISION:

In your own words, briefly describe the details of the decision made at the last meeting with your clinician. Please write as legibly as possible (preferably in block letters). If various decisions were made, choose one that you personally find important to elaborate on. Otherwise, please write "no decision made" if this is the case.

[CDRCP15]

Clinical Decision Making in Routine Care – Service User (CDRC-P) – Part 2

5. *Have there been any significant changes in your life in the past two months? (Please tick where appropriate – you might also want to indicate more than one area if this applies to you. If there were significant changes, please describe them briefly using a few simple words).*

- No [CDRCP22]
- Yes (*please tick*), and to do with (*please describe briefly*) [CDRCP23]
- Family/Friends _____ [CDRCP24]
[CDRCP24A]
- Work/ Training _____ [CDRCP25]
[CDRCP25A]
- Finances _____ [CDRCP26]
[CDRCP26A]
- Living conditions _____ [CDRCP27]
[CDRCP27A]
- Health _____ [CDRCP28]
[CDRCP28A]
- Free time _____ [CDRCP29]
[CDRCP29A]

Now go straight to question 1 on page 8.

6. *Please think about your last meeting with your clinician and tick the boxes that are relevant (more than one answer is possible).*

- My key worker suggested various possibilities but no decision was made. I had to think about it. [CDRCP16]
- We only discussed how I was doing. [CDRCP17]
- Due to lack of time we couldn't come to any decision. [CDRCP18]
- I can't remember exactly what happened during the session. [CDRCP19]
- There were a lot of interruptions during the session (e.g. phone calls, admin staff) and as a result it wasn't possible to make a decision. [CDRCP20]
- Anything else? _____ [CDRCP21A] [CDRCP21]

Clinical Decision Making Involvement and Satisfaction –Service User (CDIS-P)

If you wrote 'no decision made' please go straight to Question 6 on Page 7.

A – Satisfaction

Please answer the following questions about the clinical decision you wrote down on the previous page. Please indicate to what extent each statement is true for you FOR THIS DECISION by placing a tick in one box for each question.

	strongly disagree	disagree	neither agree/disagree	agree	strongly agree	
1. I am satisfied that I am adequately informed about the issues important to the decision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISP01]
2. The decision we made was the best decision possible in my view.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISP02]
3. I am satisfied that the decision was consistent with my personal values.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISP03]
4. I expect the decision we made to be successfully acted on/continued to be acted on.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISP04]
5. I am satisfied that this was the decision to make.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISP05]
6. I am satisfied with the decision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[CDISP06]

B – Involvement

Please indicate which statement is true for you FOR THIS DECISION by placing a tick in the appropriate box.

Tick ONE box only.

A. I made the final decision.	<input type="checkbox"/>	[CDISP07]
B. I made the final decision after seriously considering my clinicians opinion.	<input type="checkbox"/>	
C. My clinician and I shared responsibility for making the best decision for me.	<input type="checkbox"/>	
D. My clinician made the final decision, but seriously considered my opinion.	<input type="checkbox"/>	
E. My clinician made the final decision.	<input type="checkbox"/>	

Données sociodémographiques

Code patient :

Caractéristiques

Genre	Genre	<input type="checkbox"/> 1 = homme <input type="checkbox"/> 2 = femme
Âge	Âge	
Ethnie	Groupe ethnique	<input type="checkbox"/> 1 = blanc <input type="checkbox"/> 2 = noir <input type="checkbox"/> 3 = métisse <input type="checkbox"/> 4 = asiatique <input type="checkbox"/> 5 = autre Si autre, spécifier :
Origine	Pays d'origine	<input type="checkbox"/> 1 = Suisse <input type="checkbox"/> 2 = autre Si autre, spécifier :
NivEducation	Plus haut niveau d'éducation	<input type="checkbox"/> 1 = scolarité en cours <input type="checkbox"/> 2 = aucune scolarité menée à terme <input type="checkbox"/> 3 = scolarité obligatoire <input type="checkbox"/> 4 = apprentissage <input type="checkbox"/> 5 = école professionnelle <input type="checkbox"/> 6 = maturité fédérale, diplôme d'études secondaires <input type="checkbox"/> 7 = université <input type="checkbox"/> 8 = autre Si autre, spécifier :
AnneesEtude	Nombre d'années d'étude	

Conditions de vie

SitFamiliale	Situation familiale	<input type="checkbox"/> 1 = célibataire <input type="checkbox"/> 2 = marié / pacsé (e) <input type="checkbox"/> 3 = séparé (e) <input type="checkbox"/> 4 = divorcé (e) <input type="checkbox"/> 5 = veuf/veuve
CondVie	Quelles sont vos conditions de vie actuelle ?	<input type="checkbox"/> 1 = seul(e) +/- enfant(s) <input type="checkbox"/> 2 = marié(e)/pacsé(e) +/- enfant(s) <input type="checkbox"/> 3 = en couple +/- enfant(s) <input type="checkbox"/> 4 = avec parents <input type="checkbox"/> 5 = avec proches <input type="checkbox"/> 6 = avec autres personnes <input type="checkbox"/> 7 = autre Si autre, spécifier :
Logement	Dans quel type de logement vivez-vous ?	<input type="checkbox"/> 1 = logement propre <input type="checkbox"/> 2 = chez des proches <input type="checkbox"/> 3 = logement communautaire (foyer, EMS, pension, etc ...) <input type="checkbox"/> 4 = hôpital <input type="checkbox"/> 5 = logement de secours y.c. hôtel <input type="checkbox"/> 6 = sans domicile fixe <input type="checkbox"/> 7 = autre Si autre, spécifier :

Situation professionnelle

Sourcerevenu	Quelle est votre source principale de revenu ?	<input type="checkbox"/> 1 = salaire <input type="checkbox"/> 2 = chômage <input type="checkbox"/> 3 = revenu d'insertion <input type="checkbox"/> 4 = assurance invalidité <input type="checkbox"/> 5 = autres aides de l'état <input type="checkbox"/> 6 = épargne / économies <input type="checkbox"/> 7 = sources illégales <input type="checkbox"/> 8 = autre Si autre, préciser :
StatutProf	Quel est votre statut professionnel ?	<input type="checkbox"/> 1 = salarié <input type="checkbox"/> 2 = indépendant <input type="checkbox"/> 3 = volontaire <input type="checkbox"/> 4 = emploi protégé <input type="checkbox"/> 5 = sans emploi <input type="checkbox"/> 6 = étudiant <input type="checkbox"/> 7 = au foyer <input type="checkbox"/> 8 = retraité <input type="checkbox"/> 9 = autre Si autre, préciser
Finances	Vos finances sont-elles saines ?	<input type="checkbox"/> 1 = oui <input type="checkbox"/> 2 = non

Hospitalisation en cours

StatutHosp	Statut de l'hospitalisation	<input type="checkbox"/> 1 = volontaire <input type="checkbox"/> 2 = PLAFA
EntréeHosp	Temps depuis l'admission à l'hôpital (en jours)	
Hospvol	Temps de l'hospitalisation en statut volontaire (en jours)	
HospPLAFA	Temps de l'hospitalisation en statut PLAFA (en jours)	
Dx	Diagnostic principal (CIM-10)	F __. __
DuréeMal	Durée de la maladie (en mois)	
AbusOH	Durant les 30 derniers jours, combien de boissons alcoolisées avez-vous bues en moyenne et par jour ? A transformer en unité d'alcool	
Abussubst1	Durant les 30 derniers jours, avez-vous consommé des substances pour changer la manière dont vous vous sentiez ?	<input type="checkbox"/> 1 = oui <input type="checkbox"/> 2 = non
Abussubst2	Si oui, quelles drogues avez-vous consommées ? <i>Plusieurs choix possibles</i>	<input type="checkbox"/> 1 = héroïne <input type="checkbox"/> 2 = autres opiacées <input type="checkbox"/> 3 = cocaïne <input type="checkbox"/> 4 = crack <input type="checkbox"/> 5 = cannabis <input type="checkbox"/> 6 = psychostimulants <input type="checkbox"/> 7 = tranquillisants <input type="checkbox"/> 8 = hallucinogènes <input type="checkbox"/> 9 = solvants <input type="checkbox"/> 10 = ecstasy <input type="checkbox"/> 11 = stéroïdes <input type="checkbox"/> 12 = autre Si autre, spécifier :
HoNOS	Score échelle HoNOS	

Histoire clinique

NbHosp	Nombre d'hospitalisations psychiatriques préalables	
DernièreHosp	Statut de la dernière hospitalisation	<input type="checkbox"/> 1 = volontaire <input type="checkbox"/> 2 = PLAFA
Suivimedgen	Êtes-vous suivi par un médecin généraliste ?	<input type="checkbox"/> 1 = oui <input type="checkbox"/> 2 = non
Suivipsy	Êtes-vous suivi par un psychiatre / psychologue ?	<input type="checkbox"/> 1 = oui <input type="checkbox"/> 2 = non

1 unité d'alcool =

1 boisson alcoolisée standard

						
1 verre de vin de 1 dl		1 bière de 2.5 dl	1 alcopop	1 alcool fort de 0.25 dl	1 long drink avec alcool fort	1 apéritif de 0.5 dl