

Secteur ambulatoire de l'aide psychosociale en matière de dépendance (SAMBAD)

Sortie Proches

Nom:

Prénom:

1. A quelle date le questionnaire de sortie a-t-il été rempli? VMAB001

jour ___ mois ___ année 20___

2. Quel est le numéro BUR de votre centre/institution? VMAB005

_____|_____|_____|_____|_____|_____|

-1 pas connu

VMAB006

3. Quel est le numéro interne du dossier du client/de la cliente?

_____|_____|_____|_____|_____|_____|

VZAX005

4. Code à 4 lettres du client/de la cliente VMAB010

_____|_____|_____|_____| (ne pas remplir: le code est généré automatiquement)

A. CADRE DE LA PRISE EN CHARGE

5. Avez-vous été suivi-e ou traité-e pour vos propres problèmes de dépendance ou pour les problèmes d'un tiers (proche, etc.)?

1 propres problèmes de dépendance

VMAB030

2 problèmes d'un tiers (proche, etc.)

6. A quelle date considère-t-on que le traitement ou la prise en charge a pris fin? VMAB020

jour ___ mois ___ année 20___

7. Quelle est la raison principale de la fin du traitement ou de la prise en charge? VMAB040

une seule réponse possible

-1 pas connu

VMAB041

1 fin régulière du traitement ou de la prise en charge sans transfert vers un centre/une institution spécialisé-e en matière de dépendance

2 fin régulière du traitement ou de la prise en charge avec transfert vers un centre/une institution spécialisé-e en matière de dépendance, *spécifier:*

-1 pas connu

VMAB041

1 traitement/thérapie résidentiel-le

2 prise en charge dans une structure de jour/clinique de jour

3 prise en charge/thérapie ambulatoire

4 appartement protégé

5 autre centre/institution spécialisé-e

3 changement de domicile

4 hospitalisation

5 détention

6 perte de contact, *depuis combien de jours?*

nombre de jours: ____|____|

VMAB042

7 rupture explicite du traitement de la part du client/de la cliente ou du centre/de l'institution

8 décès, *quelle est la cause du décès?*

-1 pas connu

VMAB044

1 suicide

2 accident

3 maladie

4 surdose ou intoxication aiguë

5 autre cause de décès, *spécifier:* _____

VMAB045

9 autre raison pour la fin du traitement ou de la prise en charge,

spécifier: _____

VMAB046

B. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Données de la personne qui a consulté

8. Sexe VMAC001

-1 pas connu

1 masculin

2 féminin

9. Quelle est votre date de naissance? VMAC005

jour ___ mois ___ année 19___

-1 pas connu

VMAC006

F. DONNÉES

Qui, principalement, a fourni les informations contenues dans le questionnaire de sortie? VMAD040

une seule réponse possible

1 informations fournies par le client/la cliente

2 informations fournies par l'intervenant-e principal-e

Le questionnaire de sortie a-t-il été complété jusqu'à cette dernière question? VMAD050

une seule réponse possible

1 oui

2 non