

PCMU Programme mobile pour le traitement des traumatismes de l'abus physique et sexuel

SUIVI D'APRÈS-SOINS

NOM DU CLIENT : _____ DATE : _____

DATE D'ADMISSION : _____ DATE DE RENVOI : _____

Communauté de renvoi et/ou agence communautaire personne contact : _____

1. Niveau de fonctionnement actuel du client :

Physique : _____

Spirituelle : _____

Cognitif : _____

Social : _____

Famille / Interpersonnel : _____

2. Rôle de l'agence communautaire → type d'intervention / soutien / fréquence et durée :

3. Soutiens (décrire et indiquer la fréquence s.v.p.) :

Famille: _____

Aîné : _____

Église : _____

Pair : _____

4. Est-ce que le client est impliqué de façon active dans les services d'après-soins? _____

Si non, pourquoi pas? _____

5. Est-ce que d'autres membres de la famille abusent des solvants? _____

