**ASSIP Home Treatment**

**Formulaire de contact avec les patientes - du premier entretien téléphonique à la dernière séance**

**En fonction de la situation, l'ordre peut être adapté.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PREMIER ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE** | | |
| **1** | **Se présenter soi-même** | **Respecter les directives de protection des données lors d'un appel téléphonique !** Pour respecter les directives de protection des données, il ne faut pas s'annoncer de la manière suivante : "Bonjour, c'est la clinique psychiatrique", mais plutôt "Bonjour, c'est M. / Mme XY, je cherche à joindre M. / Mme XY" (ou vérifier une première fois que vous parlez à la bonne personne avant de donner plus de détails sur votre personne et votre activité au sein de la clinique psychiatrique). |
| **2** | **Établir les données personnelles du / de la patiente** | |
| 2.1 | Nom |  |
| 2.2 | Prénom |  |
| 2.3 | Numéro de téléphone portable |  |
| **3** | **Pouvez-vous envisager de faire la séance à votre domicile ?** | * Oui  4 * Non  5 |
| **4** | **Lieu : « chez le / la patiente »** | |
| 4.1 | Quelle est votre adresse ? | Rue  Numéro  Code postal  Ville |
| 4.2 | Fixer un rendez-vous | Quand: Jour, date  Heure: de à |
| 4.3 | Avez-vous déjà une idée de la pièce dans laquelle la séance pourrait avoir lieu ?  Y a-t-il deux places assises à cet endroit ? | Pièce:   * Oui * Non |
| 4.4 | D'autres personnes ou des animaux domestiques seront-ils/elles présentes à la maison pendant la durée de la séance ? | * Adultes I Enfants I Animaux * Non  6 |
| 4.5 | Ces personnes ou ces animaux ont-ils/elles besoin de surveillance ? | * Oui  Faire organiser un service de garde * Non  4.6 |
| 4.6 | Si d'autres personnes se trouvent à la maison pendant la durée de la séance : Disposez-vous de suffisamment d'intimité ? Personne ne doit écouter la conversation. | * Oui * Non  Chercher un lieu alternatif |
| 4.9 | L'environnement est-il suffisamment calme pour que nous puissions nous entretenir ensemble (par exemple, bruit de chantier ou de la rue) ? | * Oui * Non  5 |
| **5** | **Lieu: «pas chez le / la patiente»** |  |
| 5.1 | Y a-t-il un autre lieu préféré où vous souhaitez organiser la séance ? | * Médecin de famille: * Psychologue / psychiatre: * Autre spécialiste: * Établissement/organisation: * Membre de la famille : |
| 5.2 | S’il vous plaît, donnez-moi les coordonnées de cette personne / organisation (par exemple, le médecin de famille). | Rue  Numéro  Code postal  Ville  Téléphone |
| 5.3 | Rendez-vous convenu | Quand: Jour, date  Heure: de à |
| **6** | **L'étude** |  |
| 6.1 | Nous menons une étude sur l'ASSIP dans le cadre du Home Treatment. Seriez-vous d'accord pour que notre équipe d’évaluation vous contacte afin de vous expliquer plus en détail de quoi il s'agit ? L'entretien ne vous engage pas à participer. | * Oui  Feuille à l'équipe d’évaluation * Non |
| 6.2 | Quand serez-vous joignable dans les prochains jours ? | * Lundi : Matin I Après-midi * Mardi : Matin I Après-midi * Mercredi : Matin I Après-midi * Jeudi : Matin I Après-midi * Vendredi : Matin I Après-midi |
| **7** | **Traiter les questions des patientes** |  |
|  | **Matériel d'information sur l'ASSIP, l'organisation, les coûts, etc.**   * [www.assip.org](http://www.assip.org) (communiquer également le lien) * Flyer patientes * FAQ pour les proffessionel∙le∙s et des organes demandeurs sous [www.assip.org/faq/](http://www.assip.org/faq/) | **Notez les questions:** |
| **DÉROULEMENT DE LA SÉANCE ET PRISE DE CONTACT** | | |
|  | **Nombre d'appels téléphoniques / description temps consacré à la prise de contact** |  |
|  | **Description de l'itinéraire et des dépenses qui y sont liées** |  |
|  | **Description de la coordination avec d'autres services spécialisés** |  |
|  | **Autres commentaires** |  |