

Formulaire de recommandation

Description du service

Le **Programme Psychothérapie structurée Ontario (PSO) – Centre de l’Ontario-Nord** donne aux personnes présentant des signes légers ou modérés de dépression et d’anxiété l’accès gratuit à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) individuelle et de groupe, en personne.

Veuillez expédier ce formulaire de recommandation par télécopieur au 705 527-0390.

Critères d’inclusion	Oui	Non
La cliente/le client a reçu un diagnostic primaire d’anxiété ou de dépression légère à modérée (basé sur les questionnaires GAD-7 et PHQ-9 remplis à la page 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cliente/le client habite dans la région du Centre de l’Ontario -Nord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cliente/le client est âgé de 18 ans ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critères d’exclusion	Oui	Non
La cliente/le client est activement suicidaire avec capacités d’adaptation affaiblies et/ou a tenté de se suicider au cours des 6 derniers mois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cliente/le client pose un risque élevé pour lui-même, un risque pour les autres, ou présente un risque important d’auto-négligence.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cliente/le client a un problème d’automutilation comme principale préoccupation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cliente/le client a des symptômes de manie aiguë.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cliente/le client a des symptômes de psychose aiguë.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cliente/le client a un diagnostic de trouble grave ou complexe de la personnalité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cliente/le client a demandé la gestion au moyen de médicaments seulement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cliente/le client a une perte des fonctions cognitives variant de modérée à grave (p. ex. démence ou traumatisme crânien acquis); ou une déficience modérée/grave en raison d’un handicap développemental ou d’un trouble d’apprentissage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La consommation problématique de substances de la cliente/du client aurait une incidence sur sa capacité de participer activement à la TCC.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cliente/le client souffre d’un trouble alimentaire grave qui pourrait avoir une incidence sur sa capacité de participer activement à la TCC.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Renseignements sur la cliente, le client

Nom (famille, prénom) : _____ Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____
 Nom préféré : _____ Prénom préféré : _____
 Adresse : _____
 Ville : _____ Code postal : _____
 N° de contact préféré : _____ Peut-on laisser un message à ce n°? Oui Non
 Autre n° de contact : _____ Peut-on laisser un message à ce n°? Oui Non
 N° de carte santé : _____ Code de version : _____
 Principale langue parlée? Anglais Français Autre : _____

La cliente/le client a eu un contact avec des services communautaires quelconques (antérieur ou actuel)?

Veuillez énumérer : _____

Source de la recommandation

Nom de fournisseur (nom, prénom) : _____ N° de tél. : _____

Type : Médecin de famille Personnel infirmier praticien Psychiatre

Autre (ex. psychothérapeute, travailleur social inscrit, etc.) : _____

Numéro de facturation (dans le cas du renvoi par un médecin) : _____

Nom de l'organisme (s'il y a lieu, p. ex. ÉSF ou CSC) : _____

Date de recommandation (aaaa/mm/jj) : _____ Téléc. : _____

Consentement

La cliente/le client est-elle/il au courant de cette demande de service et en approuve? Oui Non

La cliente/le client consent-elle/il au partage de cette recommandation avec tout fournisseur de service PSO
Centre de l'Ontario - Nord? Oui Non

Renseignements concernant la situation de la cliente, du client

Veuillez fournir tout renseignement pertinent concernant la situation de la cliente, du client (c.-à-d.
événements, facteurs de stress, consommation de substances) :

Symptomatologie/état de santé (y compris les médicaments) :

Durée de temps depuis que la cliente, le client est confronté au problème : 0 à 3 mois 4 à 12 mois
 Plus de 12 mois

Diagnostic (basé sur les critères du DSM-5) : _____

(Nota : Diagnostic si le champ d'activité du professionnel qui soumet la recommandation le permet.)

Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)

Au cours des **2 dernières semaines**, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants?

Problème	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses.	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e).	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop.	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie.	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop.	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même.	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision.	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude.	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre.	0	1	2	3

Pointage final : _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile?

Pas du tout difficile Assez difficile Très difficile Extrêmement difficile

Évaluation du trouble d'anxiété généralisée (GAD-7)

Au cours des **2 dernières semaines**, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants?

Problème	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension.	0	1	2	3
2. Incapacité d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes.	0	1	2	3
3. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien.	0	1	2	3
4. Difficulté à se détendre.	0	1	2	3
5. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille.	0	1	2	3
6. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable.	0	1	2	3
7. Peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver.	0	1	2	3

Pointage final : _____