

Formulaire de recommandation

Description du service

Le **Programme Psychothérapie structurée Ontario (PSO) - Simcoe Nord Muskoka (PSO SNM)** 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 de Simcoe Nord Muskoka	<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 SNM? 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 : _____