

SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ MENTALE ET DE DÉPENDANCES

Hôpital communautaire de Cornwall

850, avenue McConnell, Cornwall (Ontario) K6H 4M3

613-361-6363, poste 8764 / Fax: 613-361-6364

Le présent formulaire sert aux aiguillages non urgents. Si vous avez besoin de soins urgents de santé mentale, communiquez avec le Centre de détresse d'Ottawa et la région au 1-866-996-0991. Si vous avez des symptômes actifs de sevrage, veuillez communiquer avec les Services communautaires de gestion du sevrage (Cornwall) au 613-938-8506.

RENSEIGNEMENTS SUR LA CLIENTE OU LE CLIENT

Nom (nom de famille, prénom): _____ Nom à utiliser préféré par le client ou patient: _____
 Date de naissance (aaaa/mm/jj): _____ N° de carte Santé: _____
 Adress: _____
 Ville: _____ Code postal: _____ Courriel: _____
 Numéro à composer, de préférence: _____ Peut-on laisser un message confidentiel à ce numéro? Oui Non
 Autre numéro à composer: _____ Peut-on laisser un message confidentiel à ce numéro? Oui Non
 Langue parlée principalement Anglais Français Autre: _____ interprète? Oui Non
 Francophone? Oui Non Besoin de services en français? Oui Non
 Genre: Homme Femme Transition de femme à homme Transition d'homme à femme Intersexué(e) Bispirituel(le)
 Autre Je préfère ne pas répondre Je ne sais pas

MOTIF DE L'AIGUILLAGE – INFORMATIONS SUR LA SITUATION DE LA CLIENTE OU DU CLIENT

 Traitement obligatoire? Oui Non Par qui: _____
 Diagnostic psychiatrique? Oui Non Inconnu
 Services de santé mentale, actuels ou précédents _____

MÉDICAMENTS ACTUELS

 Joindre une liste des médicaments actuels ou indiquer le nom de la pharmacie: _____

CONSENTEMENT

Le client est-il au courant de cette demande de service et est-il d'accord? Oui Non
 Le client consent-il à faire part de cet aiguillage aux fournisseurs de services AAPS? Oui Non

SOURCE DE L'AIGUILLAGE

Personne faisant l'aiguillage (nom de famille, prénom): _____ Date de l'aiguillage (aaaa/mm/jj): _____
 Type: Médecin de famille Infirmière praticienne Psychiatre Psychologue Autre clinicien Accès direct
 Numéro de facturation (le cas échéant): _____ N° d'inscription à l'Assurance-santé de l'Ontario (le cas échéant): _____
 Adress: _____
 Téléphone: _____ Fax: _____
 Signature: _____

MÉDECIN DE FAMILLE/INFIRMIÈRE PRATICIENNE

Nom: _____
 Adress: _____
 Téléphone: _____ Fax: _____
 Signature: _____ Date: _____

À L'USAGE DES FOURNISSEURS DE SOINS PRIMAIRES

FORMULAIRE D'AIGUILLAGE

Accroître l'accès à la psychothérapie structurée Champlain

DESCRIPTION DU SERVICE

Les adultes ont maintenant accès à une thérapie cognitivo-comportementale financée par les deniers publics, dans le cadre du programme Accroître l'accès à la psychothérapie structurée (AAPS) en Ontario, qui est dirigé par le Royal dans la région de Champlain. La thérapie cognitivo-comportementale est une forme de psychothérapie orientée sur des objectifs et limitée dans le temps qui aide les clients à acquérir des compétences pratiques et des stratégies pour gérer leur santé mentale et améliorer leur qualité de vie. Des thérapeutes du programme offriront une thérapie individuelle aux clients pendant environ 12 séances, soit en personne, soit par télémédecine au Royal ou parmi des organismes communautaires partenaires AAPS situés à travers la région Champlain.

Le programme Retrouver son entrain® peut être considéré avant AAPS. Votre client/patient y a-t-il été aiguillé? Oui Non

CRITÈRES D'ADMISSION

	OUI	NON
Diagnostic primaire de: Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Troubles anxieux, y compris : trouble anxieux généralisé, trouble panique, agoraphobie, trouble d'anxiété sociale, phobies spécifiques et anxiété à l'égard de la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Trouble de stress post-traumatique (TSPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Résident de l'Ontario OUI NON

Adulte (18 ans et plus) OUI NON

NE CONVIENT PAS DANS LES CAS SUIVANTS:

	OUI	NON
Est activement suicidaire et a des facultés d'adaptation affaiblies, ou a tenté de se suicider au cours des 6 derniers mois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présente un risque élevé de se blesser soi-même ou de blesser d'autres personnes, ou de se négliger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présente actuellement ou a présenté au cours de la dernière année des symptômes significatifs de manie ou d'hypomanie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présente actuellement ou a présenté au cours de la dernière année des symptômes significatifs de trouble psychotique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A demandé de recevoir une pharmacothérapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présente une altération modérée à grave de sa fonction cognitive (p. ex. démence), ou une incapacité modérée à grave en raison d'une déficience développementale ou d'un trouble d'apprentissage qui aurait une incidence sur sa capacité de participer activement à la thérapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présente actuellement ou a présenté au cours des trois dernier mois un problème de toxicomanie qui aurait une incidence sur sa capacité de participer activement à la thérapie cognitivo-comportementale. Nécessite un traitement spécialisé pour troubles concomitants.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A un trouble alimentaire grave qui aurait une incidence sur sa capacité de participer activement à la thérapie cognitivo-comportementale pour traiter l'anxiété ou la dépression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

À REMPLIR PAR LE PERSONNEL DU PROGRAMME AAPS

Date de réception de l'aiguillage (aaaa/mm/jj): _____ Date d'exécution de l'aiguillage (aaaa/mm/jj): _____

Décision d'inscription: _____ Date de la décision (aaaa/mm/jj): _____

Site de prestation du service: _____ Type de service: En personne Télémédecine

Date du premier rendez-vous avec le client/patient (aaaa/mm/jj): _____ Thérapeute: _____

FORMULAIRE D'AIGUILLAGE AAPS – RÉGION DE CHAMPLAIN

PHQ-9

Au cours des **deux dernières semaines**, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes?

Problème	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	0	1	2	3
2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficulté à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire, vous êtes si agité(e) que vous bougez plus que d'habitude	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3

Score total:

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante: Dans quelle mesure ces problèmes ont-ils rendu difficiles votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout difficile Plutôt difficile Très difficile Extrêmement difficile

GAD-7

Au cours des **14 derniers jours**, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

Problème	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Incapable 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. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3

Score total: