

FORMULAIRE D'AIGUILLAGE

Accroître l'accès à la psychothérapie structurée Champlain

SERVICES DE SANTÉ ROYAL OTTAWA (SSRO)

1145, avenue Carling, Ottawa (ON) K1Z 7K4

1-877-527-8207 / Télécopieur : 613-715-5821

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 dispenseront une thérapie individuelle aux clients pendant environ 12 séances, soit en personne, soit par télémedecine 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, est-ce que votre client / patient a été aiguillé? Oui Non

CRITÈRES D'ADMISSION

Diagnostic primaire de : Dépression

- Troubles anxieux, y compris : trouble anxieux généralisé, trouble panique, agoraphobie, trouble d'anxiété sociale, phobies spécifiques et anxiété à l'égard de la santé
- Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)
- Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Résident de l'Ontario

Adulte (plus de 18 ans)

NE CONVIENT PAS DANS LES CAS SUIVANTS :

Est activement suicidaire et a des facultés d'adaptation affaiblies, ou a tenté de se suicider au cours des 6 derniers mois

Présente un risque élevé de se blesser soi-même ou de blesser d'autres, ou de se négliger.

Présente actuellement ou a présenté au cours de la dernière année des symptômes significatifs de manie ou d'hypomanie.

Présente actuellement ou a présenté au cours de la dernière année des symptômes significatifs de trouble psychotique.

A un trouble de la personnalité grave / complexe qui aurait une incidence sur sa capacité de participer activement à la thérapie cognitivo-comportementale pour traiter l'anxiété ou la dépression.

A demandé de recevoir une pharmacothérapie.

Présente une altération modérée à grave de sa fonction cognitive (p. ex. démence), ou une incapacité modérée à grave due à une déficience développementale ou un trouble d'apprentissage qui aurait une incidence sur sa capacité de participer activement à la thérapie.

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.

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.

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT / PATIENT

Nom (Nom, prénom) : _____ Nom à utiliser (préféré par le client / patient) : _____

Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____ Numéro de carte santé : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Adresse électronique : _____

Numéro de téléphone principal : _____ Peut-on laisser un message confidentiel? Oui NonAutre numéro de téléphone : _____ Peut-on laisser un message confidentiel? Oui Non

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT / PATIENT (a continué)

Principale langue parlée? Anglais Français Autre : _____ Besoin d'un interprète? Oui Non

Francophone? Oui Non Besoin de services en français? Oui Non

Sexe : Homme Femme Trans – Femme à homme Trans – Homme à femme

Intersexué(e) Bispirituel(le) Autre Préfère ne pas répondre Ne sait pas

SOURCE D'AIGUILLAGE

Nom du clinicien qui soumet la demande (Nom, prénom) : _____ Date de l'aiguillage (aaaa/mm/jj) : _____

Type : Médecin de famille Infirmière praticienne Psychiatre Psychologue Autre clinicien

Numéro de facturation (s'il y a lieu) : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

CONSENTEMENT

Le client / patient est-il au courant de cette demande de services et a-t-il donné son consentement? Oui Non

Le client / patient est-il d'accord de partager ces informations d'aiguillage avec les fournisseurs de services du programme? Oui Non

RENSEIGNEMENTS SUR LA SITUATION DU CLIENT / PATIENT

Veuillez fournir toute information pertinente concernant la situation de votre client / patient (c.-à-d., événements, facteurs de stress, toxicomanie) :

Problèmes médicaux actuels :

Médicaments actuels :

Résultat PHQ-9: _____ Résultat GAD-7: _____

PHQ-9 QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT - 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-ou 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 on pu le remarquer. Ou au contraire- vous êtes sis agité€ que vous bougez beaucoup 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 ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout difficile(s) Plutôt difficile(s) Très difficile(s) Extrêmement difficile(s)

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: