

VII. Plan d'évaluation et d'intervention

Ce formulaire a été élaboré par le Hamilton HSO Mental Health & Nutrition Program pour utilisation par les conseillers en santé mentale.

Plan d'évaluation et d'intervention

Patient _____

Date de naissance _____ JJ/MM/AAAA HIN _____

Date du premier rendez-vous _____ JJ/MM/AAAA

Date de la première visite _____ JJ/MM/AAAA

N° MRH _____

Directives : 1. Écrire à l'encre en appuyant fermement. 2. Indiquer le(s) choix par un X.

Sexe H F

Directives :
 1. Inscrite un X dans les cases pertinentes à cette période de soins.
 2. Inscire un X sur la ligne suivant le principal problème à l'origine de l'acheminement.

Symptômes psychiatriques

<input type="checkbox"/> Humeur dépressive	<input type="checkbox"/> Flashbacks/autres symptômes de stress post-traumatique	<input type="checkbox"/> Troubles de la personnalité
<input type="checkbox"/> Humeur euphorique	<input type="checkbox"/> Symptômes somatiques aigus	<input type="checkbox"/> Comportement anormal
<input type="checkbox"/> Changements d'humeur	<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> Alcoolisme
<input type="checkbox"/> Pensées/actes/comportement suicidaires	<input type="checkbox"/> Délire	<input type="checkbox"/> Toxicomanie
<input type="checkbox"/> Pensées obsédantes	<input type="checkbox"/> Paranoïa	<input type="checkbox"/> Dépendance au jeu
<input type="checkbox"/> Comportement compulsif	<input type="checkbox"/> Hallucinations	<input type="checkbox"/> Troubles de l'alimentation
<input type="checkbox"/> Phobie(s)	<input type="checkbox"/> Processus mental désordonné	<input type="checkbox"/> Difficultés d'apprentissage
<input type="checkbox"/> Symptômes ou crises de panique	<input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire/concentration	<input type="checkbox"/> Retard du développement (MR)
<input type="checkbox"/> Angoisse sociale	<input type="checkbox"/> Confusion	
<input type="checkbox"/> Autres symptômes d'angoisse	<input type="checkbox"/> Déficience de l'attention/hyperactivité	

Problèmes psychosociaux

<input type="checkbox"/> Problèmes conjugaux/avec la loi	<input type="checkbox"/> Ménopause - problèmes connexes	<input type="checkbox"/> Problèmes scolaires
<input type="checkbox"/> Séparation/divorce	<input type="checkbox"/> Syndromes prémenstruels	<input type="checkbox"/> Problèmes de travail
<input type="checkbox"/> Autres problèmes relationnels	<input type="checkbox"/> Problèmes liés à une grossesse	<input type="checkbox"/> Problèmes liés à un accident de voiture
<input type="checkbox"/> Trouble sexuel	<input type="checkbox"/> Alcoolisme d'un membre de la famille	<input type="checkbox"/> Hébergement
<input type="checkbox"/> Estime de soi	<input type="checkbox"/> Antécédents d'alcoolisme	<input type="checkbox"/> Chômage
<input type="checkbox"/> Maîtrise de la colère	<input type="checkbox"/> Antécédents de toxicomanie	<input type="checkbox"/> Problèmes financiers
<input type="checkbox"/> Deuil	<input type="checkbox"/> Manque de soutien/isolément social	<input type="checkbox"/> Problèmes juridiques
<input type="checkbox"/> Problèmes parentaux	<input type="checkbox"/> Abus sexuels ou physiques à l'enfance	<input type="checkbox"/> Autres événements perturbateurs
<input type="checkbox"/> Problème de comportement des enfants	<input type="checkbox"/> Antécédents d'abus sexuels ou physiques (victime)	<input type="checkbox"/> Formulaire/lettre d'assurance à rédiger
<input type="checkbox"/> Autres problèmes familiaux	<input type="checkbox"/> Antécédents d'abus sexuels ou physiques (complice)	<input type="checkbox"/> Lettre/rapport juridique à rédiger
<input type="checkbox"/> Maladie d'un membre de la famille	<input type="checkbox"/> Abus émotionnels et verbaux	<input type="checkbox"/> Problèmes avec une commission de sécurité au travail
<input type="checkbox"/> Charge des soins d'un proche	<input type="checkbox"/> Autres abus	<input type="checkbox"/> Besoin de soutien technique

Problèmes médicaux/physiques

<input type="checkbox"/> Douleur chronique	<input type="checkbox"/> Symptômes physiques autres que la douleur chronique	<input type="checkbox"/> Difficulté à gérer une maladie physique
<input type="checkbox"/> Effets secondaires de la médication	<input type="checkbox"/> Grave maladie d'ordre médical	

Avis médical

Programme de traitement (cocher X toutes les cases applicables)

<input type="checkbox"/> Évaluation et recommandations	<input type="checkbox"/> Autre counselling individuel	<input type="checkbox"/> Acheminement vers un groupe du HSO
<input type="checkbox"/> Psychothérapie de soutien	<input type="checkbox"/> Éducation de la clientèle	<input type="checkbox"/> Acheminement vers un programme communautaire
<input type="checkbox"/> TCC	<input type="checkbox"/> Counselling conjugal	<input type="checkbox"/> Acheminement vers un conseiller scolaire, communautaire ou du PAE
<input type="checkbox"/> Thérapie interpersonnelle/fondée sur la résolution de problèmes	<input type="checkbox"/> Counselling familial	<input type="checkbox"/> Acheminement vers un service de psychiatrie externe
<input type="checkbox"/> Approche psychodynamique	<input type="checkbox"/> Compétences parentales	<input type="checkbox"/> Acheminement vers un service de psychiatrie externe
<input type="checkbox"/> Consultation aux endeuillés	<input type="checkbox"/> Acheminement vers un psychiatre du HSO	<input type="checkbox"/> DOSSIER FERMÉ

_____ JJ/MM/AAAA
Date de complétion

Copie blanche : dossier Copie jaune : programme H HSO MHP Révisé : novembre 2002