

VIII. Résultat du traitement

Ce formulaire a été élaboré par le Hamilton HSO Mental Health & Nutrition Program pour utilisation par les conseillers en santé mentale à la fin d'une période de soins.

Résultat du traitement N° MRH

Patient

Date de naissance JJ/MM/AAAA HIN

Total des visites pour cette période de soins (comprend toutes les visites de ce patient pour cette période de soins)

Date du dernier rendez-vous prévu JJ/MM/AAAA

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

Directives : 1. Cocher X tous les cases applicables pour cette période de soins.

Le patient n'a pas été rencontré

Le patient n'a pas continué Le patient n'a plus besoin des services Le patient est allé consulter ailleurs

Pendant cette période de soins, quels éléments suivants ont été utilisés? (Cocher X toutes les cases applicables)

<input type="checkbox"/> Évaluation et recommandations	<input type="checkbox"/> TCC
<input type="checkbox"/> Psychothérapie de soutien	<input type="checkbox"/> Autres stratégies de gestion
<input type="checkbox"/> TCC	<input type="checkbox"/> Rencontre avec un psychiatre du HSO
<input type="checkbox"/> Thérapie interpersonnelle/fondée sur la résolution de problèmes	<input type="checkbox"/> Rencontre avec un conseiller scolaire, communautaire ou du PEA
<input type="checkbox"/> Thérapie psychodynamique	<input type="checkbox"/> Rencontre lors d'une crise, de EPT/COAST
<input type="checkbox"/> Consultation aux endeuillés	<input type="checkbox"/> Acheminement vers un groupe du HSO
<input type="checkbox"/> Autre thérapie/counselling individuel	<input type="checkbox"/> Acheminement vers un autre groupe (hors HSO)
<input type="checkbox"/> Éducation de la clientèle	<input type="checkbox"/> Acheminement vers un programme communautaire
<input type="checkbox"/> Consultation conjugale	<input type="checkbox"/> Acheminement vers un service externe de psychiatrie
<input type="checkbox"/> Consultation familiale	<input type="checkbox"/> Patient a abandonné le traitement/ne l'a pas terminé
<input type="checkbox"/> Compétences parentales	<input type="checkbox"/> Admission à un service interne de psychiatrie

État du patient après le traitement (cocher X tous les cases applicables)

<input type="checkbox"/> Médecin de famille pour poursuivre la consultation/soutien pour ce problème	<input type="checkbox"/> Inconnu
<input type="checkbox"/> Orientation vers un programme communautaire de santé mentale	<input type="checkbox"/> Acheminement vers un autre programme communautaire
<input type="checkbox"/> Soins continus par le conseiller scolaire, communautaire ou du PAE	<input type="checkbox"/> Doit voir un psychiatre du HSO
<input type="checkbox"/> Nouvel acheminement vers un conseiller scolaire, communautaire ou du PAE	<input type="checkbox"/> Groupe du HSO
	<input type="checkbox"/> Inutile de prolonger le traitement
	<input type="checkbox"/> Médecin de famille déménagé/changement de médecin de famille

Avis clinique

CGI-S CGI-I

Voir la charte au verso. Inscrire le code dans la case.

En lettres moulées Date JJ/MM/AAAA

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