





Financé par le gouvernement de l'Ontario

bouncebackontario.ca/fr | 1.866.345.0224

Veuillez envoyer l'information d'aiguillage à votre équipe Retrouver son entrain par télécopieur : (905) 430-1768

## FORMULAIRE D'AIGUILLAGE EN SOINS PRIMAIRES

Tous les champs sont obligatoires

Retrouver son entrain est un programme gra légère à modérée, avec ou sans anxiété. Des téléphone et offrent un programme d'autoas	s accompagnateurs communautaires commu	uniquent de l'information, font un suivi par
Référant: Fournisseur de soins primaires	s (médecin/infirmière praticienne) Psychi	iatre Auto-aiguillage
Nom du patient :		Genre :
Date de naissance :	Téléphone (Domicile) :  Téléphone (Mobile) :  Ville :	Façon la plus facile de rejoindre la personne :  Courriel Téléphone Messag Texte  Un message confidentiel Oui
Assistant de bureau du médecin : Veuillez appliquer l' de façon lisible		peut être laissé à ce numéro?
CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPL DE L'AIGUILLAGE  1. La personne: Oui Non	Oui Non  Souffre de manie aiguë ou de psychose?  a reçu un diagnostic de trouble de la personnalité?  utilise abusivement les drogues ou l'alcool de façon telle que cela pourrait avoir une incidence sur sa participation à la TCC?  envoyé directement du service d'urgence e interne.  de santé primaires conserve toujours ent.	2. Veuillez indiquer la note du questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9 de 0-21):  (PHQ-9 au verso)  4. Est-ce que la personne prend des médicaments pour :  la dépression?  Oui Non l'anxiété? Oui Non
Information sur le praticien de soins Nom :	primaires :	
Adresse :		
Téléphone :		·
Télécopieur :	Ordre des infirmières et infirmiers de l'On	itario (OIIO) :







Financé par le gouvernement de l'Ontario

bouncebackontario.ca/fr | 1.866.345.0224

Veuillez envoyer l'information d'aiguillage à votre équipe Retrouver son entrain par télécopieur : (905) 430-1768

## PHQ-9 - Veuillez poser les questions suivantes au patient :

Au cours des <u>deux dernières semaines</u>, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants ? (Utiliser un crochet «  $\checkmark$  » pour indiquer la réponse)

	Pas du tout	Pendant plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	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 dormir trop	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(e) perdant(e) ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés 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 peuvent le remarquer. Ou au contraire - vous êtes si agité(e) 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
	4	-	+ + = note totale :	

Dans quelle mesure ces problèmes ont-ils rendu difficiles :	votre travail, vos tâches à	à la maison ou votre capacité à
bien vous entendre avec les autres ?		

Г	Pas difficile du tout	Un peu difficile	Très difficile	Extrêmement difficile