

For office use only\* SH: \_\_\_\_\_ Date Received: \_\_\_\_\_ Date of screening: \_\_\_\_\_ Start time: \_\_\_\_\_ End Time: \_\_\_\_\_

Date de l'aiguillage (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

**Formulaire d'accès du programme Psychothérapie structurée Ontario**

(services non urgents/non liés à une crise pour traiter la dépression, l'anxiété et les troubles liés à l'anxiété)

Renseignements sur le client/patient	Renseignements sur l'aiguillage
<p>Nom et prénom officiels (<i>nom de famille, prénom</i>) : _____</p> <p>Nom d'usage (s'il y a lieu) : _____</p> <p>Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____ Âge : _____</p> <p>N° de carte Santé : _____</p> <p>Code de version : _____</p> <p>Date d'expiration (JJ/MM/AAAA) : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Ville : _____</p> <p>Code postal : _____</p> <p>Numéro(s) de téléphone : _____</p> <p>Domicile : _____</p> <p>Cellulaire : _____</p> <p>Est-il possible d'y laisser des messages confidentiels? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Adresse courriel (<i>s'il y a lieu</i>) : _____</p> <p>Peut-on y envoyer de la correspondance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Quelle est votre langue maternelle? <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> autre : _____</p> <p>Si votre langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, dans quelle langue officielle du Canada êtes-vous le plus à l'aise? <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français</p> <p>Avez-vous besoin d'un interprète? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, préciser) : _____</p> <p>Avez-vous des besoins en matière d'accessibilité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, préciser : _____</p> <p>Y a-t-il un autre contact? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Nom : _____</p> <p>Lien avec le client ou le patient : _____</p> <p>Numéro de téléphone : _____</p> <p>Quelle est votre identité de genre? _____</p> <p>Vos pronoms : _____</p> <p>De quel groupe ethnique faites-vous partie? _____</p> <p>Quels sont les meilleurs moments pour communiquer avec vous (jours/heures)? _____</p>	<p>Avez-vous une fournisseuse ou un fournisseur de soins primaires (médecin ou infirmière praticienne)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, indiquer son nom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Numéro de téléphone : _____</p> <p>Qui présente la demande? __ Moi __ Fournisseur de soins (nom) : _____</p> <p>Si le fournisseur de soins est autre que celui susmentionné : Nom : _____ Numéro de téléphone : _____</p> <p>Veillez cocher toutes les expériences suivantes qui s'appliquent à vous :</p> <p>Tentative de suicide au cours des six derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Volonté de vous blesser ou de blesser quelqu'un d'autre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Grande euphorie ou irritabilité accompagnée d'un comportement impulsif créant des problèmes dans votre vie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Perceptions visuelles ou auditives que les autres n'ont pas ou idées que les autres trouvent inhabituelles ou comprennent difficilement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Symptômes d'un trouble alimentaire vous causant une grande détresse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Blessures volontaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Consommation de substances ayant des répercussions sur votre travail, votre famille ou votre vie sociale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Diagnostic de trouble de la personnalité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Lequel des éléments suivants décrit-il le mieux la raison pour laquelle vous voulez obtenir de l'aide?</p> <p><input type="checkbox"/> Humeur dépressive <input type="checkbox"/> Craintes précises  <input type="checkbox"/> Anxiété sociale <input type="checkbox"/> Inquiétude excessive  <input type="checkbox"/> Attaques de panique <input type="checkbox"/> Stress général de la vie  <input type="checkbox"/> Inquiétudes obsessionno-compulsives  <input type="checkbox"/> État de stress post-traumatique  <input type="checkbox"/> Anxiété à l'égard de la santé  <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><b>Principale raison afin de vouloir obtenir des services :</b>          _____          _____</p>