



RAPPORT D'ÉVALUATION PROFESSIONNELLE -  
ÉQUIPE DE SANTÉ MENTALE ADULTE

Informations relatives au client :

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom

\_\_\_\_\_  
# de dossier

\_\_A\_\_ / \_\_M\_\_ / \_\_J\_\_  
Date de naissance

\_\_\_\_\_  
NAM

DATE DU RAPPORT :

DATE(S) D'ÉVALUATION :

CLIENT(E) ÉVALUÉ(E) PAR :

CLIENT(E) RÉFÉRÉ(E) PAR :

MÉDECIN GÉNÉRALISTE :

PHARMACIE :

*Veillez noter que les rapports d'évaluation sont pour un usage professionnel et qu'ils ne devraient pas être remis au client sans qu'une consultation avec l'intervenant n'ait été recommandée.*

**IDENTIFICATION DU CLIENT** (sexe, âge, origine ethnique, état civil, nombre et âge des enfants, emploi, source de revenu)

**MOTIF DE CONSULTATION** (description du problème, déclencheurs, symptômes, impacts fonctionnels, selon le client et le référent)

**SYMPTÔMES** (fréquence, durée, intensité)

- **Humeur** (tristesse, irritabilité, exaltation, fluctuations de l'humeur, culpabilité) :

- **Anxiété** (inquiétude/angoisse, attaques de panique, phobie spécifique, obsessions et/ou rituels, flashbacks, évitement) :

- **Sommeil** (nombre d'heures par jour, insomnie, réveils fréquents, cauchemars, apnée du sommeil) :
- **Appétit et poids** (augmentation, réduction, troubles alimentaires) / **taille** :
- **Énergie / fatigue** :
- **Concentration** :
- **Intérêt / motivation** :
- **Activation** (agitation ou ralentissement psychomoteur) :
- **Fonctions cognitives** (orientation, mémoire, perception/jugement, introspection, congruence de l'affect) :
- **Autres** (impulsivité, auto-mutilation, isolement, idées bizarres/délires, hallucinations, comportements répétitifs ou stéréotypés, somatisation, etc.) :

## **AUTRES FACTEURS DE STRESS**

**DÉPENDANCE** (alcool, drogue, jeu, cyberdépendance, médicament, etc.)

## **IDÉES OU GESTES SUICIDAIRES OU DE VIOLENCE**

- **Idées ou gestes suicidaires** :
  - actuellement :
  - par le passé :
- **Idées ou gestes de violence** :
  - actuellement :
  - par le passé :
- **Plan** : **COQ** (comment, où, quand ?) :

- Le moyen est-il disponible ou accessible ?
- Scénario de protection :
- Antécédents de suicide ou de violence dans la famille :

## **PROBLÈMES MÉDICAUX ACTUELS ET PASSÉS, MÉDICATION ET HABITUDES DE CONSOMMATION**

- Problèmes médicaux (incluant allergies) :
- Médication (médicament, depuis quand, posologie, dispill ou dosette, observance, tolérance, efficacité) :
- Habitudes de consommation (tabac, stimulants, alcool, drogue, boissons énergisantes, produits naturels) :

## **SUIVI(S) ACTUEL(S) / RÉSEAU**

- Santé physique (médecin de famille et médecins spécialistes) :
- Santé mentale (CLSC, psychiatrie, PAE, privé) :
- Autres suivis (organisme communautaire, groupe de soutien, toxicomanie, DPJ, justice) :
- Réseau social :

## **ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES / CONSULTATIONS ANTÉRIEURES**

## **ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX PSYCHIATRIQUES**

**HISTOIRE PERSONNELLE ET FAMILIALE** (incluant incluant la famille, l'enfance, l'adolescence, victime d'abus, l'éducation, l'histoire de travail, relations interpersonnelles, relation de couple et les antécédents judiciaires)

**ATTENTES ET CHANGEMENTS SOUHAITÉS PAR LE CLIENT / SOLUTIONS TENTÉES**

**FORCES / VALEURS DU CLIENT**

**OBSERVATIONS EN ENTREVUE**

**INTERPRÉTATION DES TESTS PSYCHOMÉTRIQUES**

**COMPRÉHENSION CLINIQUE**

**DIAGNOSTICS PSYCHOLOGIQUES** (section réservée à la psychologie)

**AXE I :**

**AXE II :**

**AXE IV :**

**AXE V :**

**TRAITEMENT SUGGÉRÉ OU RECOMMANDATIONS**

**ÉVALUATION PROFESSIONNELLE EFFECTUÉE PAR**

**NOM :**

**POINT DE SERVICE :**

**TÉLÉPHONE :**

**TÉLÉCOPIEUR :**

**SIGNATURE DE L'INTERVENANT** \_\_\_\_\_