



Résumé de la conclusion de la thérapie

Protégé une fois rempli.

Nom de famille :	Prénom(s) :	Date de naissance : (aaaa-mm-jj)
Professionnel :		Date du rapport : (aaaa-mm-jj)
Services offerts : <input type="checkbox"/> Thérapie individuelle <input type="checkbox"/> Thérapie de couple <input type="checkbox"/> Thérapie familiale		
S'il y a lieu, veuillez fournir le nom des membres de la famille ayant participé au traitement et leur lien avec le client :		
Nom		Lien
<hr/>		<hr/>
<hr/>		<hr/>
<hr/>		<hr/>
<hr/>		<hr/>
<hr/>		<hr/>
Le présent résumé vise la période allant		
Du : _____ (aaaa-mm-jj)		Au : _____ (aaaa-mm-jj)
Nombre total de séances : _____		
Le client a reçu un traitement pour les affections suivantes : (préciser les diagnostics selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), s'il y a lieu)		
Énumérez les objectifs cliniques visés durant la période de traitement :		
Décrivez brièvement les interventions cliniques offertes aux clients :		

Décrivez dans quelle mesure le client a suivi son plan de traitement :

☐ Toujours

☐ Plus de 70 % du temps

☐ 70 % ou moins du temps

Veillez expliquer :

Changement quant aux symptômes ou à l'état du client pendant la période de traitement :

☐ Nette détérioration - les symptômes sont plus graves

☐ Aucun changement

☐ Amélioration

☐ Nette amélioration

Décrivez les objectifs cliniques qui ont été complètement ou partiellement atteints :

Énumérez les objectifs cliniques qui n'ont pas pu être abordés pendant le traitement, s'il y a lieu :

Certains facteurs, intrinsèques ou extrinsèques aux clients, ont-ils eu une incidence négative sur l'efficacité du traitement?

Oui

Non

Si **oui**, veuillez expliquer :

Raison motivant la fin du traitement :

Opinion professionnelle ou impressions diagnostiques actuelles selon le DSM :		
Que recommandez-vous comme suite au traitement :		
Souhaitez-vous faire des observations supplémentaires? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Veuillez expliquer :		
Nom :		Signature :
Titre professionnel :		Ordre professionnel :
N° d'immatriculation :	N° de la Croix Bleue :	Date : (aaaa-mm-jj)

Les renseignements fournis sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes* et du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* aux fins de faciliter la gestion de cas. La divulgation des renseignements est volontaire. Le refus de remplir une partie quelconque du rapport pourrait retarder la gestion du cas de client.

Tous les renseignements personnels recueillis et utilisés sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Les opinions consignées concernant un individu sont des renseignements personnels appartenant à cet individu. Cette loi donne au client le droit d'avoir accès à ses renseignements personnels qui se trouvent sous l'autorité du Ministère. Cette loi donne aussi au client le droit de contester l'exactitude et l'exhaustivité de ses renseignements personnels et de les faire modifier comme il convient.

Pour de plus amples renseignements à ce sujet, veuillez contacter le Bureau du coordonnateur, Accès à l'information et protection des renseignements personnels, Anciens Combattants Canada, CP 7700, Charlottetown (PE), C1A 8M9. Veuillez mentionner le numéro de fichier de renseignements personnels ACC PPU 550 de la publication Info Source du gouvernement du Canada.