



Rapport de fin de traitement en santé mentale

Nom de famille :	Prénom(s) :	Date de naissance : (aaaa-mm-jj)
N° de dossier d'ACC :	Date de début du traitement : (aaaa-mm-jj)	Date de fin du traitement : (aaaa-mm-jj)
Conseiller de secteur d'ACC (gestionnaire de cas) :		Tél. :
Médecin de famille :		

Les renseignements personnels 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 l'établissement d'un plan de gestion de cas suivent les soins en milieu hospitalier. Les renseignements demandés sur le présent formulaire sont fournis à titre volontaire.

Tous les renseignements personnels recueillis et utilisés sont protégés et ne peuvent être divulgués à des personnes non autorisées conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Cette même loi précise que vous êtes en droit de demander l'accès à vos renseignements personnels qui relèvent du Ministère. Vous pouvez également, en vertu de la Loi, contester l'exactitude ou le contenu de vos renseignements personnels et demander leur correction, s'ils sont erronés ou incomplets.

Pour tout complément d'information ou pour faire part de vos préoccupations concernant le traitement de vos renseignements personnels par le Ministère, vous pouvez communiquer avec le Bureau de la coordonnatrice de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels à Anciens Combattants Canada, C.P. 7700, Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 8M9.

1. Aiguillage :	<input type="checkbox"/> Psychiatre	<input type="checkbox"/> Psychologue	<input type="checkbox"/> Travailleur social
	<input type="checkbox"/> Médecin de famille	<input type="checkbox"/> Autre : _____	
Quel était l'avantage attendu du traitement?			
2. Problème énoncé (ce qui comprend les détails du diagnostic, si connus) :			
3. Objectifs du traitement :			

4. Interventions utilisées :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Séances de groupe | <input type="checkbox"/> Consultation/sensibilisation de la famille |
| <input type="checkbox"/> Séances individuelles | <input type="checkbox"/> Consultation de professionnels externes |
| <input type="checkbox"/> Interventions médicales/ordonnances | <input type="checkbox"/> Intervention des pairs |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |

5. Le diagnostic a-t-il changé? Prière d'expliquer :

6. Y a-t-il eu des changements par rapport aux médicaments prescrits à la fin du traitement? Prière d'expliquer :

Remarque : Si des changements sont recommandés, prière d'envoyer une lettre au client au sujet du remboursement des frais de médicaments.

7. Programmes suivis :

8. Le client a-t-il bien réagi au traitement et à l'environnement? Prière d'expliquer :

9. Le traitement a-t-il aidé le client à atteindre les objectifs fixés? Prière d'expliquer :

10. L'équipe de traitement appuie-t-elle la fin du traitement du client? Prière d'expliquer :

11. Consultation de la famille

Donner une brève description des rapports mutuels entre les membres de la famille et des recommandations en vue du maintien de la thérapie familiale, s'il y a lieu :

12. Faut-il tenir compte de certains enjeux liés à la réadaptation professionnelle?

Prière d'expliquer :

13. Une conversation a-t-elle eu lieu avec le conseiller de secteur avant la fin du traitement?

Prière d'expliquer :

14. Recommandations de suivi après le traitement :

- ☐ Aiguillage vers le coordonnateur du soutien par les pairs ou le coordonnateur du soutien par les pairs pour les familles du Soutien social pour blessures de stress opérationnel (SSBSO)
- ☐ Séances de thérapie individuelle avec un psychologue ou travailleur social
- ☐ Intervention de la famille
- ☐ Gestion de la douleur
- ☐ Groupe de psychopédagogie
- ☐ Programme en 12 étapes
- ☐ Continuation des programmes suivis pendant le séjour en milieu hospitalier, (p. ex. Najavis, En quête de sécurité, thérapie cognitive-comportementale (TCC), maîtrise de la colère, gestion du stress et relaxation)
- ☐ Activités structurées : loisirs, nutrition, exercice, physiothérapie, marche
- ☐ Gestion de cas spécialisée (gestionnaire de soins cliniques)
- ☐ Programme supplémentaire en milieu hospitalier

Commentaires :

15. Autres problèmes que n'ont pu être abordés pendant le traitement :

16. Le client accepte-t-il le présent rapport et les recommandations ci-jointes? Oui ☐ Non ☐
 Prière d'expliquer :

17. Nom et rôle des professionnels à rencontrer après la fin du traitement et dates de ces rencontres :

Signature du client :	Date : (aaaa-mm-jj)
Signature du professionnel ou médecin traitant :	Date : (aaaa-mm-jj)