



Rapport d'évolution du suivi psychiatrique

Nom de famille :	Prénom(s) :
Date de naissance : (aaaa-mm-jj)	N° d'ACC ou N° matricule :

Le présent rapport d'évolution du suivi psychiatrique vise la période :

Du : (aaaa-mm-jj)	Au : (aaaa-mm-jj)	Nombre de séances :	Durée d'une séance :
-------------------	-------------------	---------------------	----------------------

Le client ne s'est pas présenté à une séance ou il l'a annulée en donnant un préavis de moins de 24 heures à _____ occasion(s).

Le client reçoit des soins psychiatriques pour les affections suivantes recensées dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) :

Veuillez énumérer tous les symptômes actuels sur lesquels votre diagnostic est basé, ainsi que les résultats des tests psychiatriques (l'échelle de l'état de stress post-traumatique, IDB-II, IAB), s'il y a lieu :

Objectifs de traitement et progrès durant cette période :

Veuillez brièvement décrire les traitements offerts au client (hospitalisation incluse) et fréquence des visites :

Veuillez énumérer tous les médicaments que le client prend actuellement en incluant la dose et la date de prescription. Noter tout changement planifié.

Médicament	Dosage	Date de prescription aaaa/mm/jj
------------	--------	------------------------------------

À votre avis, y a-t-il eu des facteurs qui ont nui à l'adhérence au traitement? Oui ☐ Non ☐

Si oui, veuillez en donner les détails :

À votre avis, y a-t-il d'autres facteurs qui influencent la condition actuelle (financier, perte d'emploi, relationnel, maladie/mortalité dans la famille, trouble médical)? Oui ☐ Non ☐
Veuillez expliquer :

À votre avis, y a-t-il un problème de consommation d'alcool ou de substance ou d'autres troubles comorbides? Oui ☐ Non ☐
Si oui, veuillez donner les détails du traitement :

Avez-vous des observations ou des recommandations supplémentaires?

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* afin de faciliter la gestion de cas.

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 le droit au client d'avoir accès à ses renseignements personnels qui se trouvent sous l'autorité du Ministère. Cette loi donne aussi le droit au client de contester l'exactitude et l'exhaustivité de ses renseignements personnels et de les faire modifier comme il convient.

Pour de plus amples renseignements sur 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.

Nom :	Signature :
Adresse :	
Titre professionnel :	Ordre professionnel :
N° de permis :	Date : (aaaa-mm-jj)

REMARQUE : Pour pouvoir dépister les problèmes d'abus de substance ou de dépendance à une substance, veuillez évaluer l'état du client, au moins, tous les six mois. Consulter le document d'Anciens Combattants Canada intitulé « Lignes directrices pour le dépistage de problèmes d'alcool, de drogue et de jeu » (VAC 738).