

## Formulaire d'aiguillage du patient ou de la patiente

<https://cmha.ca/fr/bounce-back>  
1-855-873-0013 | [retrouversonentrain@acsm.ca](mailto:retrouversonentrain@acsm.ca)

### REMARQUE IMPORTANTE:

Tous les champs doivent être remplis pour que nous traitions votre demande. Nous communiquerons avec la personne participante dans les 5 à 10 jours ouvrables suivant la réception de ce formulaire.

**Retrouver son entrain<sup>MC</sup> est un programme d'autoassistance gratuit s'adressant aux personnes de 15 ans et plus qui éprouvent des symptômes d'anxiété ou de dépression d'intensité légère à modérée (score PHQ-9 inférieur ou égal à 21). L'accompagnement téléphonique de courte durée et les cahiers d'exercices fournis permettent à la personne participante d'améliorer sa santé mentale.**

### Informations sur la personne participante

Nom: \_\_\_\_\_ Genre: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_  Maison  Mobile  
(JJ/MM/AAAA)

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

La personne participante souhaite être contactée par:  Courriel  Téléphone

Peut-on laisser un message confidentiel à ce numéro?  Oui  Non

### Prestataire de soins primaires

Nom de la clinique: \_\_\_\_\_

Nom du ou de la prestataire de soins: \_\_\_\_\_

Médecin  
 Psychiatre  
 Infirmier praticien ou infirmière praticienne

Adresse: \_\_\_\_\_

Tél: \_\_\_\_\_

Télé: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

**N.B.** En tant professionnel ou professionnelle de la santé, vous continuez d'assumer la responsabilité clinique du patient ou de la patiente que vous aiguillez vers le programme. Cela signifie notamment que vous pourriez devoir évaluer son risque suicidaire, assurer un suivi adéquat auprès d'elle et lui fournir un traitement. S'il ou elle n'est pas admissible au programme, il vous incombe de l'en informer.

### Informations sur le parent, ou le tuteur ou la tutrice (pour les jeunes de 15 à 18 ans)

Nom: \_\_\_\_\_

Lien avec la personne participante: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

### 1. Veuillez confirmer que la personne participante:

- A 15 ans ou plus et vit actuellement au Canada
- A un ou une prestataire de soins primaires (médecin, psychiatre ou infirmier praticien ou infirmière praticienne), dont le nom est indiqué ci-contre, qui accepte d'assumer une responsabilité clinique à son égard pour toute la durée du programme
- Ne présente pas de dépression importante, ou présente un score PHQ-9 inférieur ou égal à 21 (celui-ci doit être indiqué pour que nous traitions votre demande)
- Ne représente pas un danger pour elle-même ou les autres
- Ne consomme pas de drogues ou d'alcool au point où cela pourrait avoir des conséquences négatives sur sa participation au traitement de TCC
- (Si la personne a 19 ans ou plus :) N'a pas reçu de diagnostic de trouble de la personnalité
- N'a pas eu d'épisode maniaque ou de psychose au cours des six derniers mois
- Est capable d'utiliser des cahiers d'exercices et de se concentrer

### 2. Score PHQ-9 de la personne participante: (Le score PHQ-9 doit être indiqué pour que nous traitions votre demande.)

Score PHQ-9: \_\_\_\_\_ Score obtenu à la question no 9: \_\_\_\_\_

### 3. La personne participante prend-elle des médicaments pour:

la dépression?  l'anxiété?

### 4. Préférence linguistique pour l'accompagnement téléphonique:

Anglais  Français

**Veuillez transmettre ce formulaire à Retrouver son entrain<sup>MC</sup> par télécopieur au 855 962-2378**

Formulaire d'aiguillage du patient ou de la patiente

<https://cmha.ca/fr/bounce-back>  
1-855-873-0013 | [retroouversonentrain@acsm.ca](mailto:retroouversonentrain@acsm.ca)

**Veillez indiquer le score PHQ-9 total sur la première page . Il n'est pas nécessaire de nous transmettre cette page. Pour déterminer le score PHQ-9, veuillez poser à la personne participante les questions suivantes :**

**Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé-e par les problèmes suivants? (Cochez pour indiquer la réponse)**

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
1. Se sentir triste, déprimé-e ou désespéré-e	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Avoir de la difficulté à s'endormir ou à rester endormi-e, ou trop dormir	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Se sentir fatigué-e ou avoir peu d'énergie	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Avoir peu d'appétit ou trop manger	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Avoir une mauvaise perception de soi-même, ou penser que l'on est un-e perdant-e ou que l'on n'a pas satisfait ses propres attentes ou celles de sa famille	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Avoir de la difficulté à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Bouger ou parler si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer ou, au contraire, être si agité-e que l'on bouge beaucoup plus que d'habitude	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Penser que l'on serait mieux morte ou penser à se blesser d'une façon ou d'une autre	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
_____ + _____ + _____ + _____ <b>= total score: _____</b>				

**Si vous avez au moins un des problèmes mentionnés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante: dans quelle mesure ce ou ces problèmes ont-ils rendu difficiles votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?**

- Pas du tout difficiles     Plutôt difficiles     Très difficiles     Extrêmement difficiles

Questionnaire original conçu en anglais par les Drs Robert L. Spitzer, Janet B. W. Williams, Kurt Kroenke et leurs collègues, grâce à une subvention à l'éducation de Pfizer Inc. Aucune autorisation n'est requise pour le reproduire, le traduire, l'afficher ou le distribuer.

**Veillez transmettre ce formulaire à Retrouver son entrain<sup>MC</sup> par télécopieur au 855 962-2378**