

Numéro de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

A. Renseignements sur le travailleur et l'employeur

Nom de famille		Prénom		Initiale
Adresse (n°, rue, appartement)				
Ville		Prov.	Code postal	Téléphone
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)		Date de la lésion (jj/mmm/aaaa)		
Employeur		Nom du superviseur ou de la personne-ressource		Téléphone
Profession ou emploi actuels du travailleur		Emploi actuel occupé depuis environ combien de temps?		
		mois		ans
Situation professionnelle au moment de l'évaluation psychologique initiale :				
<input type="checkbox"/> Temps plein	OU	<input type="checkbox"/> Temps partiel	<input type="checkbox"/> Ne travaille pas	
<input type="checkbox"/> Tâches habituelles	OU	<input type="checkbox"/> Tâches modifiées	Commentaires :	
<input type="checkbox"/> Horaire normal	OU	<input type="checkbox"/> Horaire modifié		

B. Renseignements sur le professionnel de la santé

<input type="checkbox"/> Psychologue		N° de fournisseur de la CSPAAT		
Nom du psychologue		Votre n° de facture		
Nom de l'établissement		Date du rapport d'évaluation (jj/mmm/aaaa)		
Adresse (n°, rue, bureau)		Code de service MHPIAF		
Ville		Remplir ces champs si la TVH s'applique à ce formulaire.		
Province	Code postal	Téléphone	N° d'inscription à la TVH	Code de service ONHST Montant de TVH facturé en \$

C. Renseignements cliniques

1. Nom et titre du médecin ayant demandé l'orientation (si disponibles) :	2. Date de l'orientation (jj/mmm/aaaa) :
3. Dates de l'évaluation psychologique initiale :	4. Période/date approximative de l'apparition des symptômes psychologiques :
5. Observations comportementales :	

**Formulaire d'évaluation dans le
cadre du Programme de santé
mentale communautaire
de la CSPAAT**

Nom de famille du travailleur	Prénom du travailleur
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date de la lésion (jj/mm/aaaa)

Numéro de dossier

6. Description de la lésion donnée par le travailleur, notamment l'historique des événements/des expositions (le cas échéant) :

7. Symptômes actuels :

8. Test psychologique effectué?

Oui Non Veuillez en fournir un résumé :

9. Savez-vous s'il existe des troubles psychologiques préexistants ou concomitants, ou d'autres facteurs pertinents ou contributifs?

Oui Je ne sais pas Si **Oui**, veuillez les décrire brièvement (p. ex. : diagnostic, date d'apparition, traitement précédent si connu) :

**Formulaire d'évaluation dans le
cadre du Programme de santé
mentale communautaire
de la CSPAAT**

Nom de famille du travailleur	Prénom du travailleur
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date de la lésion (jj/mm/aaaa)

Numéro de dossier

10. Diagnostic initial relié au travail et fondé sur le DSM (veuillez indiquer l'édition du DSM utilisé. Pour diagnostiquer un ÉSPT chez un premier intervenant, veuillez confirmer que le tableau clinique du patient satisfait aux critères diagnostiques du DSM-5) :

11. Déficiences fonctionnelles (plan social, professionnel ou autre) :

D. Plan de traitement psychologique

- Aucun traitement psychologique nécessaire (veuillez procéder à la section E)
 Candidat inapproprié pour ce programme/nécessitant des soins spécialisés (appeler la CSPAAT)

OU

Nombre estimé de blocs de traitement recommandés : 1 bloc 2 blocs 3 blocs

*Dans tous les cas, un **formulaire d'évolution** est exigé à la fin de chaque 6^e séance ou 8^e semaine, selon la première de ces éventualités à survenir.

12. Objectifs thérapeutiques :

13. Interventions/approches thérapeutiques, notamment la fréquence (p. ex. : hebdomadaire, toutes les deux semaines, à distance), et autres commentaires :

E. Renseignements sur la fonction professionnelle

À votre avis, le travailleur court-il un risque imminent de nuire à sa personne ou à autrui?

Oui Non Si **Oui**, veuillez préciser le niveau de risque et fournir un plan. Au besoin, joignez une page séparée.

Formulaire d'évaluation dans le cadre du Programme de santé mentale communautaire de la CSPAAAT

Nom de famille du travailleur	Prénom du travailleur
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date de la lésion (jj/mmm/aaaa)

Numéro de dossier

Avez-vous cerné des obstacles à la reprise de la fonction professionnelle (p. ex. : harcèlement, manque d'adaptations, etc.)?

Oui Non Si **Oui**, expliquez le plan :

Compte tenu de vos constatations d'évaluation, le travailleur peut-il demeurer dans sa fonction professionnelle ou la reprendre de manière sécuritaire et viable d'un point de vue psychologique?

Oui Non Si **Non**, veuillez fournir des précisions, notamment le délai :

Décrivez les capacités fonctionnelles du travailleur d'un point de vue psychologique :

Pleines capacités

Restrictions/limitations/adaptations recommandées :

Symptômes exigeant des restrictions/limitations/adaptations :	Restrictions/limitations/adaptations recommandées :

Durée prévue :

**Formulaire d'évaluation dans le
cadre du Programme de santé
mentale communautaire
de la CSPAAT**

Nom de famille du travailleur	Prénom du travailleur
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date de la lésion (jj/mmm/aaaa)

Numéro de dossier

Est-ce qu'une évaluation dans le cadre d'un programme de services spécialisés, une autre évaluation/intervention ou un traitement additionnel pourrait être bénéfique au travailleur?

Oui Non Si **Oui**, précisez :

Signature du professionnel de la santé	Date (jj/mmm/aaaa)
--	--------------------