



N° de dossier :	N° de décision :
N°(s) matricule(s) :	

Questionnaire médical : affections psychiatriques

Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance :
Nom du médecin/du psychologue :	Numéro d'enregistrement provincial du psychologue :	Date de l'examen :

DIAGNOSTIC MÉDICAL (SELON LES CRITÈRES DU DSM) LIÉ À L'AFFECTION OU AUX AFFECTIONS POUR LESQUELLES IL FAUT UN EXAMEN :

Axe I _____

Axe II _____

Axe III _____

Axe IV _____ (Évaluation des problèmes psychosociaux et environnementaux)

Axe V _____ (Cote d'évaluation globale du fonctionnement – année en cours)

_____ (Cote d'évaluation globale du fonctionnement – année qui vient de s'écouler)

Ce diagnostic est-il confirmé ou provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

Anciens Combattants Canada a besoin de renseignements très précis pour évaluer l'affection ou les affections faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension du client. Comme ces renseignements ne font pas nécessairement partie des données figurant au dossier clinique, nous vous prions de répondre aux questions suivantes.

Ne remplissez que les sections pertinentes.

Si vous avez besoin de plus d'espace pour consigner les renseignements fournis, veuillez utiliser la feuille réservée aux « commentaires additionnels ».

Veuillez indiquer les facteurs contributifs, y compris toute relation entre l'affection psychiatrique et le service militaire.

D'autres consultations ou tests de diagnostic sont-ils en cours ou prévus? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez la nature du test et/ou de la consultation ainsi que la date du rendez-vous (si vous la connaissez).

VEUILLEZ JOINDRE/TRANSMETTRE DES COPIES DES RAPPORTS PERTINENTS (C.-À-D. LES RAPPORTS DE DIAGNOSTIC, DE CONSULTATION, DE CHIRURGIE ET DE LABORATOIRE, AINSI QUE DES DONNÉES SOMMAIRES SUR LES CONGÉS DES HÔPITAUX).

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

Aux fins du présent questionnaire, les termes suivants seront utilisés pour décrire la fréquence des signes et des symptômes :

- Rare** - au moins une fois par année
Occasionnel - une ou deux fois par mois
Fréquent - au moins une fois par semaine
Persistant - chaque jour ou presque

MÉMOIRE ET CONCENTRATION

Résultat du MMSE (mini-test en santé mentale de Folstein) :

Mémoire à court terme :

Mémoire à long terme :

Concentration : veuillez indiquer les observations objectives concernant toute perte de la concentration. Donnez des exemples.

Épisodes amnestiques : décrire les épisodes et en inscrire le nombre.

PROCESSUS DE PENSÉE ET COGNITION

Désorientation : au besoin, veuillez indiquer si le client réagit lorsqu'il est stimulé.

Langage et pensée : veuillez décrire les troubles du langage et de la pensée, s'il y a lieu (p. ex. débit, contenu, liens entre les pensées ou les idées, cohérence, etc.). Donnez des exemples.

Troubles de la perception : veuillez indiquer le type de trouble observé, s'il y a lieu, ainsi que la fréquence des manifestations. Donnez des exemples.

Méfiance : veuillez indiquer la fréquence, la distractibilité, l'introspection, etc.

Préoccupations : veuillez décrire les préoccupations.

Obsessions récurrentes : veuillez indiquer la durée de l'occurrence par jour.

Idées délirantes : veuillez préciser le type d'idées délirantes (bizarres ou non bizarres), introspection, etc., ainsi que la fréquence de l'occurrence.

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

Sentiment de culpabilité et/ou culpabilité du survivant : veuillez donner une description.

Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire : veuillez donner une description.

Perception fautive de l'aspect corporel et/ou du poids : veuillez donner une description.

Pensée suicidaire : veuillez indiquer la fréquence, le ou les plans, etc.

Idéation homicide : veuillez indiquer la fréquence, le ou les plans, etc.

Autres : veuillez décrire tout autre trouble de la pensée ou de la perception. Donnez des exemples.

ÉMOTIONS ET COMPORTEMENT

Symptômes du syndrome de stress post-traumatique :

A) Revivre l'expérience : (flashbacks, cauchemars, souvenirs envahissants, etc.), veuillez indiquer la fréquence.

B) Évitement et insensibilité : veuillez indiquer la fréquence, la nature et la gravité.

C) Activation neurovégétative : (hypervigilance, difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu, irritabilité ou accès de colère, difficultés de concentration, réaction de sursaut exagérée) veuillez indiquer la fréquence, la nature et la gravité.

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

Troubles de l'alimentation :

Maintien du poids corporel prévu :

 plus que 90 % de 85 % à 90 % de 75 % à 84 % de 70 % à 74 % moins de 70 %
Utilisation de méthodes compensatoires peu convenables dans le but de prévenir la prise de poids :Régime alimentaire : veuillez donner une description.Symptômes de dépression : veuillez décrire les symptômes et en indiquer la fréquence et la gravité (désespoir évident, état végétatif, etc.).Manie et symptômes d'euphorie : veuillez décrire la fréquence et la gravité des symptômes (humeur euphorique, comportement obsessionnel).Dépendance aux autres et capacité à prendre des décisions : veuillez donner une description.Anxiété : veuillez décrire la fréquence, le comportement nerveux tel que faire les cent pas et les concomitants physiologiques.Crises de panique : veuillez décrire la fréquence, l'intensité et le comportement d'évitement.Symptômes obsessifs compulsifs : veuillez décrire la fréquence, la nature et l'interférence avec les activités de la vie.Évitement d'événements et/ou d'objets particuliers : veuillez décrire la fréquence, la nature et l'interférence avec les activités de la vie courante.Irritabilité et colère : veuillez indiquer la fréquence et donner des exemples de violence physique et/ou verbale ou d'agression, etc.Manque d'empathie ou de remords : veuillez donner une description.Troubles du sommeil : Oui NonDans l'affirmative, comment peut-on le mieux décrire le trouble : insomnie, jusqu'à 120 minutes de perte totale de sommeil la plupart des nuits chaque semaine et somnolence pendant le jour plus de 120 minutes de perte totale de sommeil la plupart des nuits chaque semaine et somnolence pendant le jour

Commentaires :

Préoccupations pour la santé physique : veuillez décrire les préoccupations, indiquer la fréquence et les demandes d'intervention particulières.Comportement d'automutilation : veuillez décrire et noter la fréquence.Suicide : le client a-t-il tenté de se suicider? Oui Non

Veuillez indiquer la ou les dates :

Homicide : le client a-t-il déjà tenté de tuer quelqu'un? Oui Non

Veuillez indiquer la ou les dates :

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

Abus d'alcool ou d'autres drogues et pharmacodépendance :

Le client présente-t-il des signes d'un problème d'abus d'alcool ou d'autres drogues ou de pharmacodépendance?

Oui Non

Veillez préciser :

Le client a-t-il déjà présenté un problème d'abus d'alcool ou d'autres drogues ou de pharmacodépendance dans le passé?

Oui Non

Veillez préciser :

Autres : veuillez décrire tout autre trouble émotif ou comportemental.

ADAPTATION**Adaptation :**

Veillez décrire la capacité du client de s'adapter au stress au travail, au domicile ou dans le cadre de ses relations sociales/personnelles. Veuillez noter la fréquence.

Veillez décrire le comportement impulsif et illicite et noter la fréquence.

EXAMEN PHYSIQUE :

Taille _____ Poids _____ Tension artérielle _____ Pouls _____ Respiration _____

ASPECT GÉNÉRAL :**OBSERVATIONS :****TRAITEMENT**

Veillez indiquer les médicaments prescrits ou recommandés actuellement :

Veillez indiquer la thérapie et/ou le counselling suivi présentement ou recommandé :

SI LES AVQ SONT AFFECTÉES CONTINUELLEMENT, MALGRÉ UN TRAITEMENT OPTIMAL, VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION SUR LES AVQ.

AUTRES OBSERVATIONS PERTINENTES :

Veillez indiquer les autres affections qui pourraient contribuer à la déficience du patient.

Signature du médecin/du psychologue :	ACC doit-il être facturé? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	N° de tél. : ()	Date du jour :
---------------------------------------	--	---------------------	----------------



N° de dossier :	N° de décision :
-----------------	------------------

N°(s) matricule(s) :

**Questionnaire médical sur les
activités de la vie quotidienne (AVQ)**

Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance :
------------------	----------	---------------------

Nom du médecin :	Date de l'examen :
------------------	--------------------

SI APPLICABLE À L'AFFECTION OU AUX AFFECTIONS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE/OUVRANT DROIT À PENSION

Activités de la vie quotidienne :
Veillez décrire l'effet des affections ouvrant droit à pension sur les activités de la vie quotidienne.
 Choisir l'énoncé qui décrit le mieux le niveau de fonctionnement actuel du client pour chacune des activités suivantes :

Activité	Autonome	Autonome (avec aides)	A besoin de rappels, d'incitations, de surveillance	A besoin de beaucoup d'assistance	Totalement dépendant d'autrui
Manger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendre son bain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire sa toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'habiller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aller à la toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se transférer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veillez préciser (énumérez les aides requises, précisez si la personne peut s'asseoir/se tenir debout sans aide pour exécuter la tâche, s'il y a des risques, si la personne est alitée, etc.) :

Continence/incontinence :
 Choisir l'énoncé qui décrit le mieux la situation actuelle du client relativement au contrôle de la vessie et des intestins :

	Continence (aucune assistance requise)	Rares accidents la nuit (au plus une fois par semaine)	Des accidents le jour (plus d'une fois par semaine)	Des accidents le jour (besoin de serviettes pour incontinence)	Des accidents le jour (a besoin d'assistance)	Incontinence totale
Vessie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intestins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaire : veuillez indiquer le nombre de serviettes pour incontinence utilisées par jour, s'il y a lieu.

Capacités locomotrices : veuillez indiquer si le client a de la difficulté à marcher, la distance de marche et la liste des aides requises.

Douleur chronique : veuillez indiquer l'intensité de la douleur, la fréquence, les symptômes et la réaction du client au traitement.

Commentaires : prenez soin d'indiquer les autres affections en cause.

Signature du médecin :	Date du jour :
------------------------	----------------

