

FORMULAIRE DE CONSULTATION:

À REMPLIR PAR LA PERSONNE

Nom : \_\_\_\_\_  
 RAMQ : \_\_\_\_\_ EXP: \_\_\_/\_\_\_  
 Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ C.P. : \_\_\_\_\_  
 Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Clinique Psychosomatique de l'Estrie, Dr Luc Lupien, md

[www.LucLupienMd.ca](http://www.LucLupienMd.ca)

Tél-FAX : (819) 565-3272

Téléconsultation individuelle par visioconférence

**Demande de consultation par la personne au Dr Luc Lupien, md**

**En date du :** \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_

Si la personne n'a pas informé de son absence par répondeur 24 heures ouvrables AVANT son rendez-vous individuel (téléconsultation par visioconférence) avec le Dr Luc Lupien, md ET que le temps du rendez-vous n'a pas pu être occupé, un honoraire de \$40.00 sera facturé.

**Conditions requises pour suivre une thérapie cognitive et comportementale (TCC):**

**J'ai un dossier médical** avec un médecin ou un spécialiste ou un(e) IPS, Clinique médicale/CLSC/GMF:

Nom du médecin, IPS ou de la clinique: \_\_\_\_\_

**Je suis actuellement non-suicidaire (sans plan) et stable émotionnellement** pour faire une thérapie TCC.

**Je suis actuellement sobre** concernant la consommation abusive de drogue(s) ou l'excès d'alcool.

**Je suis prêt(e)s à m'observer et à remplir par écrit** des feuilles de techniques demandées lors de la TCC.

**Inscrire le dernier diagnostic confirmé par un médecin concernant ma santé mentale :**  Ne sais pas

**Date :** \_\_\_\_\_

**J'ai déjà eu auparavant un diagnostic confirmé par un médecin touchant ma santé mentale :**

(Cocher les cases appropriées en indiquant le nombre de fois (X \_\_\_) et l'année du diagnostic) Exemple: X 2 fois 1999/2013

Dépression: X \_\_\_\_\_  Trouble de l'adaptation: X \_\_\_\_\_  Trouble anxieux: X \_\_\_\_\_

Trouble anxieux généralisé (TAG): X \_\_\_\_\_  Trouble Obsessifs-compulsifs (TOC): X \_\_\_\_\_

Trouble panique: X \_\_\_\_\_  agoraphobie: X \_\_\_\_\_  Phobies sociale: X \_\_\_\_\_

Maladie Bipolaire (1 ou 2) ou Maniaco-dépression: X \_\_\_\_\_  Phobies simple: X \_\_\_\_\_

Trouble déficit d'attention  hyperactivité-impulsivité (TDAH): \_\_\_\_\_  Psychose: X \_\_\_\_\_

État de Stress Post-Traumatique: X \_\_\_\_\_  Dépression post-partum: X \_\_\_\_\_

Problème avec le jeu compulsif/internet: X \_\_\_\_\_  Toxicomanie  Alcoolisme: X \_\_\_\_\_

Trouble de la personnalité : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

Tentative suicidaire: date(s) \_\_\_\_\_ méthode: \_\_\_\_\_

Autres diagnostics psychiatriques: \_\_\_\_\_  Électro-chocs: X \_\_\_\_\_

**J'ai une maladie physique pouvant affecter ma santé mentale:** \_\_\_\_\_

**Je précise les situations stressantes, les comportements, les problèmes/conflits :** (travail, maison, relationnel, etc)

\_\_\_\_\_

**En jeune âge :**  Abus sex.  Violence phys/verb.  Timidité  Intimidation  Échec scolaire  Séparation

**J'ai déjà fait une thérapie dans la dernière année :**  Oui  Non **Scolarité:** \_\_\_\_\_

Avec qui: \_\_\_\_\_ type de thérapie: \_\_\_\_\_ quand : \_\_\_\_\_

**Médicaments prescrits actuellement pour ma santé mentale: (posologies et débutés en date)**

\_\_\_\_\_

**Mes différents symptômes nuisent à mon fonctionnement quotidien :**  Léger  Modéré  Marqué  Sévère

**TYPE DE TRAVAIL :** \_\_\_\_\_

**ARRÊT DE TRAVAIL:** à partir du : \_\_\_\_\_ jusqu'au : \_\_\_\_\_  non déterminé

**Signature :** \_\_\_\_\_ **envoyée par:**  FAX : 819-565-3272  courriel

**QUESTIONNAIRE DES SYMPTÔMES: À REMPLIR PAR LA PERSONNE**

Nom: \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Numéro d'assurance-maladie: \_\_\_\_\_ Date d'expiration: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_  
 Téléphone maison: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_ Bureau: \_\_\_\_\_

<b>Dans le dernier mois écoulé, avez-vous eu souvent un ou plusieurs symptômes...</b>	Jamais/Non	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours	<b>Dans le dernier mois écoulé... au moins 4 épisodes.</b>	<b>Cocher: Oui Non</b>		
Échelle: <u>Mettre un X dans la case Entourer le chiffre ou cocher Oui/Non</u>					<b>Attaque de panique ou une crise d'anxiété ou d'angoisse</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Senti(e) nerveux(se), anxieux(se)</b>	0	1	2	3	Est-ce déjà survenu auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plus grande facilité à être irritable ou être contrarié(e), colère, frustrations importantes	0	1	2	3	Cela arrive quelquefois <u>par surprise</u> ? (Aucun stimulus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tensions/courbatures ou douleurs musculaires	0	1	2	3	Forte crainte d'avoir d'autres attaques ? Si oui, déjà existé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Agitation, qu'il était difficile de rester assis(e)	0	1	2	3	Impression de suffoquer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fatigabilité marquée ou manque d'énergie	0	1	2	3	Peine à respirer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Difficultés à s'endormir, <input type="checkbox"/> réveils fréquents ou <input type="checkbox"/> prématurés, <input type="checkbox"/> tendance à trop dormir	0	1	2	3	Ressenti des palpitations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Peine à vous concentrer, à soutenir l'attention: lecture habituelle ou à regarder un film ou TV	0	1	2	3	Ressenti une douleur ou pression ou pesanteur dans la poitrine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plus d'un jour sur deux les <b>6 derniers mois</b> , vous êtes-vous fait <u>beaucoup de soucis</u> , eu des préoccupations ou d'inquiétudes <u>pour diverses raisons</u> : ? <input type="checkbox"/> argent <input type="checkbox"/> famille/enfants <input type="checkbox"/> travail/performance <input type="checkbox"/> santé <input type="checkbox"/> couple/ami <input type="checkbox"/> l'avenir <input type="checkbox"/> autres:					Transpiré abondamment, rougeurs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Préoccupations souvent exagérées, <input type="checkbox"/> tout et rien. Est-ce qu'il est difficile d'arrêter d'y penser 4-5 jours?					Bouffées de chaleur ou des frissons.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Perte d'intérêt ou de plaisir dans vos activités habituelles (travail, loisirs).</b>	0	1	2	3	Nausée ou un poids sur l'estomac.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sentiment profond d'abattement, de désespoir ou de dépression, de tristesse ...</b>	0	1	2	3	Impression que vous alliez avoir la diarrhée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une mauvaise opinion de vous-même, un(e) raté(e), de ne pas être à la hauteur, inutile, impression d'échec, culpabilité, dévalorisé(e)...	0	1	2	3	Impression de vertige/flottement, d'instabilité/d'irréalité, ou impression que vous alliez perdre connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Manque d'appétit, perte de poids ou <input type="checkbox"/> excès d'appétit inhabituel.	0	1	2	3	Picotements ou engourdissements dans certaines parties du corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Bouger très lentement, au ralenti qu'avant... ou <input type="checkbox"/> agité(e), bouger plus que d'habitude.	0	1	2	3	Ressenti des tremblements.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Avez-vous souhaité mourir, vous suicider/ vous faire du mal (2 dernières semaines)</b>	0	1	2	3	Peur de mourir d'une attaque de panique ou d'anxiété.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, avec un plan de suicide ?					<b>Dans les dernières années ...</b>	<b>Oui Non</b>	<b>Oui Non</b>	
<b>Dans les derniers 3 mois, avez-vous eu ...</b>					Craintes foule/magasin, endroit clos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficultés à vous adapter à une ou plusieurs situations ou facteurs de stress identifiables.					Craintes de devenir le centre d'attention, d'être observé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Démotivation au travail, tâches (ou aux études)					Évitement, mal à l'aise en public.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Ces problèmes ou ces symptômes vous ont-ils rendu le travail, l'entretien de la maison ou les contacts avec les autres plus difficiles ?</b>					Phobie(s): noirceur, animaux, sang, insectes, avions, maladies, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Marqué <input type="checkbox"/> Sévère					Tr. Attention, Hyperactivité/Impulsivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4R	9L	14M	19MG	20G	Eu des hauts et des bas exagérés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Dépenses exagérées, très excité(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					Pensées obsédantes envahissantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					Des rituels ou gestes compulsifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					et plus d'une heure par jour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

© Pixor, 2013-2021

Signature: \_\_\_\_\_

Dr: \_\_\_\_\_