

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

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: _____

Dans le dernier mois écoulé, avez-vous eu souvent un ou plusieurs symptômes...	Jamais/Non	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours	Dans le dernier mois écoulé... <input type="checkbox"/> au moins 4 épisodes.	Cocher:	
						Oui	Non
Échelle: Entourer le chiffre ou cocher Oui/Non					Attaque de panique ou une crise d'anxiété ou d'angoisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti(e) nerveux(se), anxieux(se)	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 par surprise ? (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"/> 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 6 derniers mois , vous êtes-vous fait beaucoup de soucis , eu des préoccupations ou d'inquiétudes pour diverses raisons : ?					Transpiré abondamment, rougeurs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> argent <input type="checkbox"/> famille/enfants <input type="checkbox"/> travail/performance					Bouffées de chaleur ou des frissons.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> santé <input type="checkbox"/> couple/ami <input type="checkbox"/> l'avenir <input type="checkbox"/> autres:					Nausée ou un poids sur l'estomac.	<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?					Impression que vous alliez avoir la diarrhée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte d'intérêt ou de plaisir dans vos activités habituelles (travail, loisirs).	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"/>
Sentiment profond d'abattement, de désespoir ou de dépression, de tristesse ...	0	1	2	3	Picotements ou engourdissements dans certaines parties du corps.	<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	Ressenti des tremblements.	<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	Peur de mourir d'une attaque de panique ou d'anxiété.	<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	Dans les dernières années ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous souhaité mourir, vous suicider/ vous faire du mal (2 dernières semaines)	0	1	2	3	Craintes foule/magasin, endroit clos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, avec un plan de suicide ?					Craintes de devenir le centre d'attention, d'être observé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans les derniers 3 mois, avez-vous eu ...					Évitement, mal à l'aise en public.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à vous adapter à une ou plusieurs situations ou facteurs de stress identifiables.					Phobie(s): noirceur, animaux, sang, insectes, avions, maladies, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démotivation au travail, tâches (ou aux études)					Tr. Attention, Hyperactivité/Impulsivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ces problèmes ou ces symptômes vous ont-ils rendu le travail, l'entretien de la maison ou les contacts avec les autres plus difficiles ?					Eu des hauts et des bas exagérés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Marqué <input type="checkbox"/> Sévère					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 et plus d'une heure par jour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© Pixor, 2013-2021

4R 9L 14M 19MG 20G

Signature: _____

Dr: _____