



DLM149

Nom à la naissance _____

Prénom _____

Dossier _____

CLINIQUE DÉPRESSION – ADULTE RÉFÉRENCE

Langue parlée : Français Anglais

Sexe : Féminin Masculin Âge : _____

Identification du patient OBLIGATOIRE par la clinique médicale externe du CSSS. À COMPLÉTER AU VERSO.

Clinique : _____

N° de téléphone : _____

Nom de l'omnipraticien : _____

N° de licence : _____

AXE I : Dépression majeure 1^{er} épisode Épisode récurrent Nb : _____

Date de début : _____ Épisode chronique

Antécédents psychiatriques : _____

Antécédents psychiatriques familiaux : _____

Services antérieurs utilisés : _____

Toxicomanie/alcoolisme Troubles anxieux Manie/hypomanie

Idées suicidaires Tentative de suicide antérieure Idées homicides

Impulsivité/Difficultés au plan de la gestion de la colère Blessures auto-infligées

Médication antérieure/Quand ?

Thérapies utilisées/Quand ?

Hospitalisation antérieure

Année : _____ Durée : _____

Lieu : _____

AXE II : _____

AXE III :

Maladies respiratoires

Cancer

Hypertension

Dysfonction thyroïdienne

Cardiopathie

Diabète

Douleurs chroniques

Syndrome prémenstruel

Autres : _____

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR L'OMNIPRATICIEN

Activités physiques (selon la condition médicale) :

Autorisées

Contre-indiquées

Recommandations : _____

AXE IV :

Difficultés avec le travail

Perte d'emploi

Difficultés conjugales

Difficultés familiales

Grossesse récente

Rupture récente/deuil

Difficultés de logement

Problèmes juridiques

Autres : _____

AXE V (GAFS/EGF) : _____

RÉSERVÉ AU GESTIONNAIRE DE CAS

ENGAGEMENT DE LA CLIENTÈLE / CLIENTELE'S COMMITMENT

J'autorise la transmission des renseignements nécessaires au suivi de mon dossier. /

I authorize the access to and the transmission of the information contain in my file which is necessary for follow-up.

Signature du participant : _____

Date : _____

Participant's signature :

Je m'engage à suivre l'ensemble du programme (individuel/groupe) offert par le CSSS de la Montagne. /

I make a commitment to participate in the entire program (individual/group) offered by the CSSS de la Montagne.

Signature du participant : _____

Date : _____

Participant's signature :

Signature du gestionnaire de cas : _____

Date : _____

Identification de l'utilisateur : Section obligatoire à remplir par la clinique externe du CSSS

Nom à la naissance :	Prénom :
Date de naissance :	NAM : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Expiration : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Année / Mois)
Adresse :	Ville :
Code postal :	Numéro de téléphone :
Nom et prénom du père :	Nom et prénom de la mère :

CLIENTÈLE CIBLE - PROJET DÉPRESSION

- **PATIENT DIAGNOSTIQUÉ SELON LE DSM-IV (APA, 2003) :**
 - A. **Cinq (5) symptômes sur neuf (9) pour une durée d'au moins deux semaines :**
 1. Avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur.
 2. Au moins 1 des symptômes est (1) humeur dépressive ou (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
 - **Humeur dépressive** : présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (tristesse, sentiment de vide) ou observée par les autres (p. ex. : pleurs).
 - **Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir** : pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou objectivée par les autres).
 - **Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime** : modification du poids +/- 5 %, diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
 - **Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.**
 - **Agitation ou ralentissement psychomoteur** : presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur)
 - **Fatigue ou perte d'énergie** : presque tous les jours.
 - **Sentiment de dévalorisation** ou de culpabilité excessive ou inappropriée) : peut être délirant, présent presque tous les jours.
 - **Diminution de l'appétit à penser ou à se concentrer ou indécision** : presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 - **Pensées de mort récurrentes** : (pas seulement une peur de mourir) idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan pour se suicider.
 - B. **Il n'y a pas en même temps des symptômes qui répondent aux critères d'un épisode maniaque**
 - C. **Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative :**
 - Une altération du fonctionnement social
 - Une altération du fonctionnement professionnel
 - Une altération dans un domaine important
 - D. **Les symptômes ne sont pas en lien aux effets physiologiques directs d'une substance :**
 - Abus de médicament
 - Affectation médicale (p. ex. : hypothyroïdie)
 - E. **Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil (d'un être cher) :**
 - Les symptômes persistent pendant plus de deux mois
 - Les symptômes s'accompagnent d'une altération du fonctionnement
 - Sentiment de dévalorisation
 - Idées suicidaires, symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.

- **EXCLUSION AU PROGRAMME :**
 - Bipolarité
 - Alcoolisme ou toxicomanie connus et **prédominants**
 - Crise récente non résorbée avec risque suicidaire
 - Toutes autres maladies diagnostiquées **prédominantes** sur la dépression majeure telles que trouble de personnalité limite ou narcissique avec acting out.