

Nom de famille de la patiente ou du patient	Prénom
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date de la lésion (jj/mmm/aaaa)

4. Évaluation de l'atteinte des objectifs (Goal Attainment Scaling ou GAS) : Le traitement du Programme de santé mentale communautaire vise à réduire les symptômes et à restaurer les fonctions, y compris la fonction professionnelle. On s'attend à ce que la ou le psychologue développe et évalue des objectifs SMART en collaboration avec la patiente ou le patient. Les objectifs SMART servent à accomplir et à évaluer les progrès vers les objectifs de traitement. Les objectifs SMART sont spécifiques, mesurables, axés sur une clientèle, réalistes et temporels.

Objectifs (Objectifs établis plus tôt au cours de la période de déclaration en cours.)	Les objectifs ont-ils été atteints comme prévu? (Comparer dans quelle mesure les objectifs ont été atteints à la fin de la période de déclaration par rapport au début de la même période.)		État de l'objectif
Objectif SMART n° 1	Oui	Beaucoup mieux Un peu mieux Comme prévu	En cours – se poursuit durant la prochaine période de déclaration Objectif atteint
	Non	Partiellement atteint Beaucoup moins que prévu	Révision requise Aucune autre amélioration prévue
Objectif SMART n° 2	Oui	Beaucoup mieux Un peu mieux Comme prévu	En cours – se poursuit durant la prochaine période de déclaration Objectif atteint
	Non	Partiellement atteint Beaucoup moins que prévu	Révision requise Aucune autre amélioration prévue
Objectif SMART n° 3	Oui	Beaucoup mieux Un peu mieux Comme prévu	En cours – se poursuit durant la prochaine période de déclaration Objectif atteint
	Non	Partiellement atteint Beaucoup moins que prévu	Révision requise Aucune autre amélioration prévue
Objectif SMART n° 4	Oui	Beaucoup mieux Un peu mieux Comme prévu	En cours – se poursuit durant la prochaine période de déclaration Objectif atteint
	Non	Partiellement atteint Beaucoup moins que prévu	Révision requise Aucune autre amélioration prévue

Fournissez vos commentaires sur l'atteinte des objectifs dans l'ensemble, y compris en ce qui a trait à la restauration fonctionnelle :

Nom de famille de la patiente ou du patient	Prénom
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date de la lésion (jj/mmm/aaaa)

C. Évolution du traitement et réponse au traitement (suite)

5. Mise à jour du diagnostic selon le DSM (veuillez indiquer le changement d'état, p. ex. : résolution, amélioration, aucun changement, aggravation, nouveau trouble, stimulus infraliminaire)

6. État fonctionnel (plan social, professionnel ou autre)

D. Plan de traitement psychologique

Aucun traitement additionnel recommandé pour le moment. Expliquez :

ou

Continuer le traitement (comme autorisé). Fournir d'autres renseignements :

ou

Traitement psychologique additionnel recommandé au-delà de ce programme. (Appeler la WSIB)

E. Renseignements sur la fonction professionnelle

À votre avis, la patiente ou le patient 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.

Nom de famille de la patiente ou du patient	Prénom
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date de la lésion (jj/mmm/aaaa)

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, la patiente ou le patient 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 et la date de la prochaine réévaluation.

Décrivez les capacités fonctionnelles de la patiente ou du patient d'un point de vue psychologique :
 Pleinement capable
 Restrictions, limitations ou adaptations recommandées :

Symptômes exigeant des restrictions, limitations ou adaptations	Restrictions, limitations ou adaptations recommandées

Durée prévue :

Souhaitez-vous discuter du dossier avec un membre du personnel de la WSIB? Oui Non
 Une évaluation dans le cadre d'un programme de services spécialisés, une autre évaluation ou intervention, ou encore un traitement additionnel pourrait-il être bénéfique à la patiente ou au patient?
 Oui Non Si **oui**, précisez :

Signature de la ou du psychologue ou de l'associée ou l'associé en psychologie (à imprimer, signer et retourner à la WSIB ou à taper et téléverser)	Date (jj/mm/aaaa)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------