

Formulaire #2 FERMETURE CLINIQUE

Professionnel : _____ N° de dossier : _____

Quel était le motif principal? : _____ Employé Conjoint Enfant

Date de la dernière rencontre pour « année contrat » : _____

Indiquer la date de la dernière rencontre, même si cette dernière est un rendez-vous manqué facturable.

Est-ce que toutes les rencontres autorisées ont été faites? Oui Non

RÈGLEMENT DU CAS / NE COCHEZ QU'UN SEUL CHOIX	
Buts de la consultation atteints	<input type="checkbox"/>
Cessation précoce par le client	<input type="checkbox"/> (motif) : _____
Poursuite du traitement souhaitable mais cessation du client	<input type="checkbox"/>
Poursuite de la thérapie en dehors du cadre du PAE	<input type="checkbox"/>
Cessation précoce par le thérapeute	<input type="checkbox"/> (motif) : _____
Dirigé vers une autre ressource externe (autre que PAE)	<input type="checkbox"/> (spécifiez) : _____
Fin d'année PAE	<input type="checkbox"/>
Changement d'intervenant PAE	<input type="checkbox"/>

À LA FIN : PRÉSENCE DE RISQUE (s'il y a lieu)	RENDEMENT RELATIF AU TRAVAIL																																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;"><u>Faible</u></th> <th style="width: 15%; text-align: center;"><u>Moyen</u></th> <th style="width: 15%; text-align: center;"><u>Élevé</u></th> <th style="width: 15%; text-align: center;"><u>N/A</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Idées suicidaires</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Comportement agressif</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sécurité/Accident</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perte d'emploi</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Si coché, veuillez expliquer :</i></p> <hr/>		<u>Faible</u>	<u>Moyen</u>	<u>Élevé</u>	<u>N/A</u>	Idées suicidaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportement agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sécurité/Accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>En arrêt de travail <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>(motif) : _____</p> <p>Maternité/Sabbatique <input type="checkbox"/> Retraite/Autre <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><u>Court</u> <u>Moyen</u> <u>Long</u></p> <p>Possibilité de retour au travail (terme) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>Suite au suivi, évaluer l'amélioration des variables liées au travail :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;"><u>Faible</u></th> <th style="width: 10%; text-align: center;"><u>Moyen</u></th> <th style="width: 10%; text-align: center;"><u>Élevé</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rendement</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Relations interpersonnelles</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Motivation en général</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Comportement préventif</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ne s'applique pas</td> <td colspan="3" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> </div>		<u>Faible</u>	<u>Moyen</u>	<u>Élevé</u>	Rendement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relations interpersonnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motivation en général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportement préventif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/>		
	<u>Faible</u>	<u>Moyen</u>	<u>Élevé</u>	<u>N/A</u>																																														
Idées suicidaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Comportement agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Sécurité/Accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
Perte d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
	<u>Faible</u>	<u>Moyen</u>	<u>Élevé</u>																																															
Rendement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Relations interpersonnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Motivation en général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Comportement préventif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/>																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 20px;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th colspan="4" style="text-align: center;">Impact global de l'aide apportée sur toute situation problématique</th> </tr> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;"><u>Faible</u></th> <th style="width: 15%; text-align: center;"><u>Moyen</u></th> <th style="width: 10%; text-align: center;"><u>Élevé</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Niveau d'amélioration</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Inchangé</td> <td colspan="3" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Impact global de l'aide apportée sur toute situation problématique					<u>Faible</u>	<u>Moyen</u>	<u>Élevé</u>	Niveau d'amélioration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inchangé	<input type="checkbox"/>																																				
Impact global de l'aide apportée sur toute situation problématique																																																		
	<u>Faible</u>	<u>Moyen</u>	<u>Élevé</u>																																															
Niveau d'amélioration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Inchangé	<input type="checkbox"/>																																																	

Signature du professionnel _____

Date _____

S.V.P. RETOURNER UNE COPIE APRÈS LA DERNIÈRE RENCONTRE AVEC VOTRE FACTURATION DU MOIS