# OUTIL DE SURVEILLANCE D'ANTIDÉPRESSEURS (ANTIDEPRESSANT MONITORING TOOL)

**NOM :** _____ **Âge :** _____ **Informateur :** _____

**ANTIDÉPRESSEUR :** _____ **Diagnostic psych.:** _____

**Diagnostic médical/préoccupations :** _____

| **Autres médicaments** | |
|---|---|
| | |

| ◎ SYMPTÔMES-CIBLES (évaluer au cours de la dernière semaine) | * ÉVALUATION 0 à 3 | | ◎ SYMPTÔMES-CIBLES (évaluer au cours de la dernière semaine) | * ÉVALUATION 0 à 3 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Patient | Informateur | | Patient | Informateur |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## EFFETS SECONDAIRES (ES) AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE :

**RAPPORT DU PATIENT :** _____

| * ÉVALUATION DES ES | 0 | 1 | 2 | 3 | * ÉVALUATION DES ES | 0 | 1 | 2 | 3 | * ÉVALUATION DES ES | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nausées | | | | | Sensation d'instabilité | | | | | Troubles du sommeil | | | | |
| Vomissements | | | | | Étourdissements/évanouissements | | | | | Sensation de tension/nervosité | | | | |
| Changement au niveau de l'appétit | | | | | Tremblement | | | | | Fébrilité/agitation | | | | |
| Changement au niveau du poids | | | | | Confusion/désorientation | | | | | ↑ Hyper/ excitabilité | | | | |
| Douleur à l'estomac | | | | | Idées embrouillées/assommé(e) | | | | | ↑ Irritabilité | | | | |
| Diarrhée | | | | | Cœur battant rapidement | | | | | Hostilité | | | | |
| Constipation | | | | | Palpitations cardiaques | | | | | ↑ Sautes d'humeur | | | | |
| Bouche sèche | | | | | Engourdissements/ picotements | | | | | ↑ Idées suicidaires | | | | |
| Vision trouble | | | | | Spasmes au niveau des jambes la nuit | | | | | Difficulté à uriner | | | | |
| Maux de tête | | | | | ↑ Transpiration | | | | | ↓ Intérêt pour l'activité sexuelle | | | | |
| Somnolence pendant la journée | | | | | Éruption cutanée | | | | | Problème d'érection | | | | |
| Faiblesse musculaire | | | | | Fatigue/léthargie | | | | | ↓ Orgasme/éjaculation | | | | |

**Remarques :**

| * SÉCURITÉ | OUI | NON | * SÉCURITÉ | OUI | NON | * SÉCURITÉ | OUI | NON |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Non-conformité | | | Idées suicidaires | | | Comportement autodestructeur | | |
| Compréhension de soi | | | Intention de se suicider | | | Agression | | |
| Usage de substances | | | Plan de suicide | | | Comportement à risque | | |

**Remarques :**

*** Évaluation des symptômes :** 0 = absent 1 = présent/ne pose pas de problèmes 2 = pose des problèmes/Ø déficience 3 = pose des problèmes/+ déficience

© Dr S Chehil et Dr S Kutcher, 2005

**EXAMEN PHYSIQUE :** **Poids :** _____ **Taille :** _____ **Fréquence cardiaque :** _____ **Pression artérielle :** _____

| ÉVALUATION DES CHANGEMENTS CLINIQUES | Évaluer les changements depuis la dernière évaluation fondés sur le patient, l'informateur et l'impression du clinicien (-2 à +2)<br>-2 : empiré de beaucoup -1 : empiré légèrement 0 : aucun changement +1 : un peu mieux +2 : beaucoup mieux | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DOMAINE | ÉVALUATION DU PATIENT | | | | | ÉVALUATION DE L'INFORMATEUR | | | | | ÉVALUATION DU CLINICIEN | | | | |
| SYMPTÔMES | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| EFFETS SECONDAIRES | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| FONCTIONNEMENT À L'ÉCOLE/AU TRAVAIL | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| FONCTIONNEMENT EN FAMILLE | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| FONCTIONNEMENT AVEC LES PAIRS | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| FONCTIONNEMENT PENDANT LES ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| SÉCURITÉ | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| RÉSUMÉ (depuis la dernière évaluation) | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| ÉVALUATION GÉNÉRALE DE L'AMÉLIORATION : | Évaluation générale du patient/informateur/clinicien depuis le début de l'intervention ou de la rencontre en matière de santé mentale : | | | | | | | | | | | | | | |
| | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |

**Remarques :** _____

**Plan :** _____

**ORDONNANCE :** _____ **Nbre de renouvellements** _____

No de téléphone de la pharmacie : _____ SUIVI : DATE/HEURE : _____

**ÉVALUATION RÉALISÉE PAR :** _____ **DATE :** _____

© Dr S Chehil et Dr S Kutcher, 2005

**Signature :** _____