

À remplir par les membres de l'équipe traitante

*Pour toute clarification quant au terme « chien d'assistance », veuillez-vous référer à l'annexe 1.

Information sur le spécialiste :

Médecin généraliste Psychiatre Psychologue
Psychoéducateur Travailleur social Autre : _____

Nom du spécialiste : _____
No de licence si applicable: _____
Adresse de l'établissement de santé : _____ _____
Courriel de l'établissement de santé: _____
Numéro de téléphone de l'établissement de santé: _____
Date de début du suivi du demandeur : _____

Information sur le demandeur :

Prénom	Nom
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : ____/____/____	
Diagnostic(s) établi (s) : _____ _____ _____ _____ _____	

Prend-t-il de la médication ? Si oui, laquelle/lesquelles ?

Est-ce que le demandeur a un/plusieurs symptômes fréquents ou persistants nommés ci-bas ?
(diagnostiqués ou non par un professionnel de la santé)

Manifestations dépressives :

- | | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Idées suicidaires | <input type="checkbox"/> Sommeil difficile | <input type="checkbox"/> Dévalorisation/culpabilité |
| <input type="checkbox"/> Détresse | <input type="checkbox"/> Pleurs fréquents | <input type="checkbox"/> Difficulté de concentration |
| <input type="checkbox"/> Perte d'énergie | <input type="checkbox"/> Indécision | <input type="checkbox"/> Variation de l'appétit/du poids |
| <input type="checkbox"/> Perte d'intérêt | | |

Symptômes d'intrusion :

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cauchemars | <input type="checkbox"/> Flashbacks | <input type="checkbox"/> Souvenirs répétitifs | <input type="checkbox"/> Rappel indicé |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|

Symptômes d'évitement :

- | | | |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pensées/souvenirs/sentiments | <input type="checkbox"/> Personnes/conversations | <input type="checkbox"/> Endroits/activités |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|

Altérations négative :

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amnésie | <input type="checkbox"/> Émotions négatives | <input type="checkbox"/> Émotions gelées | <input type="checkbox"/> Détachement des autres |
|----------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Manifestations d'anxiété

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Palpitations | <input type="checkbox"/> Transpiration | <input type="checkbox"/> Phobie |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité | <input type="checkbox"/> Tremblements | <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer |
| <input type="checkbox"/> Sursauts | <input type="checkbox"/> Hypervigilance | |

Autres :

- | | | |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Isolement | <input type="checkbox"/> Douleurs physiques | <input type="checkbox"/> Perte de mémoire |
| <input type="checkbox"/> Consommation | <input type="checkbox"/> Séquelles physiques | <input type="checkbox"/> Gestes répétitifs |
| <input type="checkbox"/> Jeux compulsifs | <input type="checkbox"/> Automutilation | |

Autre: _____

ACADÉMIE

Stella

CHIEN D'ASSISTANCE

Recommandez-vous l'utilisation d'un chien d'assistance pour aider le demandeur à pallier à ses limitations liées à un trouble de santé mentale? Oui Non

Précisez : _____

Avez-vous une contre-indication ou une réticence face à l'utilisation quotidienne d'un chien d'assistance pour le demandeur? Oui Non

Précisez : _____

Votre patient est-il apte à s'occuper d'un animal à temps plein (chien d'assistance)? : Oui Non

Précisez : _____

Annexe 1 **Définition des types de chiens de travail**

Chien d'assistance

Un chien d'assistance est considéré par la loi comme un moyen pour pallier un handicap, peu importe sa nature. Ce type de chien est entraîné spécifiquement pour répondre aux besoins du bénéficiaire et pour circuler en public sans gêner. Un chien d'assistance pour la santé mentale peut par exemple alerter le bénéficiaire d'une crise de panique imminente, réveiller le bénéficiaire lors de cauchemars, effectuer de la pression profonde thérapeutique pour calmer le bénéficiaire ou encore arrêter des comportements d'automutilation. Un chien d'assistance accompagne son bénéficiaire dans tous ses déplacements et est protégé par l'article 10 de la charte des droits et libertés de la personne du Québec. Afin de bénéficier d'un chien d'assistance, l'individu doit avoir une prescription médicale.

Chien de thérapie (zoothérapie)

Un chien de thérapie est un chien formé dans le but d'apporter de l'aide à différentes personnes. Ce chien agit selon les commandements du thérapeute qui l'accompagne. Ce genre de chiens visitent souvent plusieurs institutions afin de venir en aide à différentes personnes et peuvent également faire des visites au domicile. La zoothérapie apporte d'énormes bienfaits aux individus qui en bénéficient de façon ponctuelle.

Pour toutes questions supplémentaires, vous pouvez prendre contact avec l'Académie Stella chien d'assistance : info@stellapourlavie.ca