

Formulaire de réévaluation du patient

Nom complet _____ Date de Naissance _____

Producteur(s) autorisé(s) _____ Dose actuelle par jour _____

Variété (% THC % CBD) _____ Comestible Vapourisateur Fumer

Vous l'utilisez sous quelle forme le plus souvent?

Avez-vous des effets secondaires? Oui Non

Si oui, spécifiez _____

Depuis la consommation de cannabis, ma condition est : Mieux Stable Pire



Section 1 - Douleur

(À remplir SEULEMENT si vous prenez du cannabis pour soulager la douleur)

Veillez indiquer votre niveau de douleur :

	Meilleure					Pire				
La PIRE douleur au cours des dernières 24 heures	<input type="radio"/>									
Le MINIMUM de douleur au cours des dernières 24 heures	<input type="radio"/>									
En moyenne	<input type="radio"/>									
En ce moment	<input type="radio"/>									

Quels sont les traitements ou médicaments que vous prenez pour votre douleur?

Au cours des dernières 24 heures, encerclez le numéro qui décrit le mieux la douleur qui a interféré avec votre :

	N'interfère pas					Interfère beaucoup				
Activité générale	<input type="radio"/>									
Humeur	<input type="radio"/>									
Capacité de marcher	<input type="radio"/>									
Travail quotidien	<input type="radio"/>									
Relation avec autrui	<input type="radio"/>									
Sommeil	<input type="radio"/>									
Jouissance globale de la vie	<input type="radio"/>									
Travaux scolaires	<input type="radio"/>									

Au cours des 24 dernières heures, quel est votre niveau de soulagement grâce aux traitements contre la douleur ou les médicaments que vous prenez? Encerclez le numéro qui décrit le mieux votre niveau de soulagement

Aucun soulagement 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% Soulagement complet

Combien de fois avez-vous :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Des sautes d'humeur	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Voulu plus de médicaments pour traiter votre douleur	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Senti impatient avec votre médecin	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Ressenti de la tension à la maison	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Compté les pilules contre la douleur pour voir combien en restent	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Senti concerné que les autres vous jugeront parce que vous prenez des médicaments contre la douleur	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Senti ennuyé	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Pris plus de médicaments contre la douleur que prescrit	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Peur d'être tout seul	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Ressenti un besoin irrésistible de médicaments	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Entendu d'autres personnes s'inquiéter de votre consommation de médicaments	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Est-ce que vos amis proches ont des problèmes de drogue ou d'alcool?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Que vous avez un mauvais caractère	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Senti dépassé par le besoin d'obtenir plus de médicaments contre la douleur	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Manqué de médicaments	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Rencontré des gens qui vous empêchent d'avoir ce que vous méritiez	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Eu des problèmes légaux ou arrêté (au cours de votre vie)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Participé à une rencontre des AA ou des NA	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Été dans une dispute qui était si hors de contrôle que quelqu'un a été blessé	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Été abusé sexuellement	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Combien de fois les gens ont-ils suggéré que vous avez un problème de drogue ou d'alcool	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Besoin d'emprunter des médicaments contre la douleur	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Été traité pour des problèmes d'alcool ou de drogue	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Section 2 - Troubles de l'anxiété et de d'humeur

(À remplir SEULEMENT si vous avez une prescription pour le cannabis pour traiter l'anxiété, le stress, la dépression, les troubles du sommeil ou d'autres troubles de l'humeur.)

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par ce qui suit?

	Pas de tout	Plusieurs jours	Plus que la moitié	Presque quotidiennement
Se sentir nerveux, anxieux ou surexcité	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
Incapable d'arrêter ou de contrôler les pensées inquiètes	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
S'inquiéter trop sur plusieurs choses	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
Une difficulté à vous détendre	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
Être tellement agité qu'il est difficile de rester assis	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
Facilement importuné par les autres ou de mauvaise humeur	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
Avoir peur comme si quelque chose de terrible pouvait arriver	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>

À quel point est-il difficile de faire votre travail, de s'occuper de la maison ou de vous entendre avec d'autres personnes en raison de ces problèmes?

- Facile
 Un peu difficile
 Très difficile
 Impossible

À quelle fréquence...

	Jamais										Toujours											
les symptômes perturbent-ils le travail ou l'école	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
les symptômes perturbent-ils votre vie sociale	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
les symptômes perturbent-ils la vie privée ou familiale	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Combien de jours au cours de la dernière semaine avez-vous manqué de l'école ou le travail? _____
- Combien de jours au cours de la dernière mois avez-vous manquer de l'école ou le travail? _____
- Combien de jours au cours de la dernière semaine avez-vous sentis si affaiblis par vos symptômes que votre productivité a souffert à l'école ou au travail? _____
- Combien de jours au cours de la dernière mois avez-vous sentis si affaiblis par vos symptômes que votre productivité a souffert à l'école ou au travail _____

Section 3 - Crises

(À remplir seulement si vous avez été prescrit le cannabis pour les crises)

Incluez vos sentiments sur TOUS LES TYPES de crises que vous avez eus récemment

	Assez doux							Modéré							Très dérangeant						
Quelle a été la GRAVITÉ de vos crises au cours des 4 dernières semaines?	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Dans quelle mesure vos crises ont-elles été DÉRANGEANTES au cours des quatre dernières semaines?	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Quel est l'aspect le plus dérangeant de vos crises (cochez une seule réponse) :

- L'avertissement (aura) avant une crise
 Les activités pendant la crise
 La récupération après une crise

Répondre à la question suivante SEULEMENT après un changement dans le traitement de vos crises :

Comment vos crises ont-elles changé selon la sévérité ou le dérangement depuis le changement de votre traitement?

- Encore pire Beaucoup mieux
 -7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5 6 7

Remarques :

PHQ-9

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été perturbé par l'un des problèmes suivants? Encercliez le nombre le plus approprié pour chaque énoncé.		Pas de tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque quotidiennement
1	Très peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2	Se sentir déprimé, déprimé ou désespéré	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3	Difficulté à tomber ou à dormir la nuit, ou un excès de sommeil	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
4	Se sentir fatigué ou manquer d'énergie	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
5	Le manque d'appétit ou l'hyperphagie	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
6	Être mécontent de soi - ou sentir que vous avez échoué ou que vous avez laissé tomber ou votre famille	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
7	Difficulté à se concentrer sur des choses telles que la lecture d'un journal ou l'écoute de la télévision	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
8	Se déplacer ou parler si lentement que d'autres personnes l'ont remarqué? Ou le contraire, vous êtes si surexcité et agité que vous bougiez un plus que d'habitude	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
9	Des pensées que vous feriez mieux morte que vivante ou des pensées de vous blesser d'une façon quelconque	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
		Résultat total PHQ9 :			

GAD-7

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été perturbé par l'un des problèmes suivants? Encercliez le nombre le plus approprié pour chaque énoncé.		Pas de tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque quotidiennement
1	Vous êtes nerveux, anxieux ou surexcité?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2	Incapable d'arrêter ou de contrôler les pensées inquiètes	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3	S'inquiéter trop sur plusieurs choses	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
4	Une difficulté à vous détendre	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
5	Être tellement agité qu'il est difficile de rester assis	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
6	Facilement importuné par les autres ou de mauvaise humeur	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
7	Avoir peur	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
		Résultat total GAD7 :			