

# Inventaire des connaissances et forces :

## Talents, aptitudes et les capacités

### La routine quotidienne

Où vivez-vous?

Vivez-vous avec des colocataires, des membres de la famille, un conjoint, ou quelqu'un d'autre?

Oui

Non

Décrivez une journée typique.

Quel type de loisirs, travail, tâches, et de moments de loisir pratiquez-vous régulièrement?

Y a-t-il des moments où vous ne faites rien?

Oui

Non

### Les activités éducatives et de travail

Suivez-vous des cours?

Oui

Non

Étudiez-vous des sujets par vous-même?

Oui

Aucun

Travaillez-vous (à temps partiel, à temps plein, comme bénévole)?

Oui

Non

Êtes-vous dans un programme de formation?

Oui

Non

## Loisirs et sorties créatives

Qu'aimez-vous faire quand vous avez du temps libre?

Quels sont vos hobbies? Aimez-vous ...

Lire?

Oui. Quel genre de livres? \_\_\_\_\_

Aucun

Ecrire ou tenir un journal?

Oui

Aucun

Jouer d'un instrument?

Oui

Aucun

Écoutez de la musique?

Oui. Quel genre de musique? \_\_\_\_\_

Aucun

Aller au cinéma ou regarder la télévision?

Oui. Quels films ou émissions de? \_\_\_\_\_

Aucun

Dessiner ou effectuer d'autres formes d'art?

Oui

Non

Regardez des œuvres d'art?

Oui

Non

## Les relations

Avec quelles personnes passez-vous du temps régulièrement? Co-travailleurs?  
Camarades de classe? Conjoint ou autre personne significative? Famille? Amis?

Est-ce qu'il y a quelqu'un avec qui vous aimeriez passer plus de temps?

Oui. Qui? \_\_\_\_\_

Non

De qui diriez-vous quelles sont des personnes de soutien dans votre vie, ceux à qui vous pouvez parler de problèmes?

Quels supporters souhaitez-vous impliquer dans le programme de Gestion de la maladie et de rétablissement?

### Soutient Spirituel

La spiritualité est-elle importante pour vous?

Oui

Non

Quel réconfort trouvez-vous dans la spiritualité?

Comment prenez-vous soin de vos besoins spirituels?

Êtes-vous impliqué dans une religion officielle?

Oui

Non

Pratiquez-vous la méditation?

Oui

Non

Vous intéressez-vous à la nature de la spiritualité?

Oui

Non

Vous intéressez-vous aux arts dans la spiritualité?

Oui

Non

### Santé

Que voulez-vous faire pour prendre soin de votre santé?

Comment décririez-vous votre alimentation?

Faites-vous des exercices physiques?

Oui

Non

Avez-vous des problèmes de santé pour lesquels vous consultez un médecin?

Oui

Non

Quelles sont vos habitudes de sommeil?

## **Connaissance**

### Expérience acquise avec les pairs lors de programmes d'éducation ou de rétablissement

Avez-vous été impliqué dans un programme de rétablissement? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

Programme d'éducation au rétablissement

Programme d'entraide

Programme de soutien par les pairs

Plan d'action Bien-être et rétablissement (WRAP)

Des groupes qui ont parlé de rétablissement

### Une expérience antérieure avec un praticien lors d'un programme d'éducation ou de rétablissement :

Avez-vous fréquenté des cours de santé mentale?

Oui

Non

Avez-vous assisté à un programme d'éducation familiale?

Oui

Non

### Les connaissances sur la santé mentale

À votre avis, qu'est-ce que le rétablissement de maladies mentales signifie?

Donnez des exemples de symptômes psychiatriques que vous avez connu?

Que pensez-vous sur des symptômes psychiatriques?

Quels sont les avantages et des inconvénients (avantages et risques) de prendre des médicaments pour gérer ses symptômes psychiatriques?

Que comptez-vous faire pour vous aider à vous prévenir les rechutes?

Comment le stress peut-il vous affecter?

Qu'est-ce vous aide à composer avec le stress ou les symptômes?

Quels sont les services de santé mentale qui vous ont aidé?

A propos du programme de gestion de la maladie et du rétablissement.

Avez-vous des questions spécifiques auxquelles vous souhaitez avoir des réponses par rapport au Programme de la gestion de la maladie et du rétablissement?

Que souhaitez-vous gagner du Programme de Gestion de la maladie et de rétablissement?

# Notes d'évolution IMR

Nom :

Date :

Nom de membre de la famille impliqué dans la session :

Problème ou objectif du plan de traitement qui fait l'objet du traitement :

Objectif personnel qui a été traité ou un suivi dans cette session :

## Traitement ou interventions fournies :

**Interventions motivationnelles** (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent):

- Connecter les informations et les compétences avec leurs objectifs personnels
- Promouvoir l'espoir et les attentes positives
- Explorer avantages et les inconvénients au changement
- Reformuler des expériences négatives à travers une lumière plus positive

**Les interventions éducatives :**

- Les stratégies de rétablissement
- Faits pratiques sur les maladies mentales
- Le modèle de stress-vulnérabilité et les stratégies de traitement
- Construction du soutien social
- L'utilisation de médicaments de manière efficace
- L'usage de drogues et d'alcool
- Réduction des rechutes
- Faire face au stress
- Faire face aux problèmes et symptômes
- Obtenir que vos besoins soient satisfaits par le système de santé mentale

**Interventions cognitivo-comportementales :**

- Renforcement
- Shaping
- Modéling
- Jeu de rôle
- Restructuration cognitive
- Des exercices de relaxation

Compétences enseignées (identifier laquelle):

Techniques d'adaptation pour faire face aux symptômes :

.....  
.....  
.....

Compétences de prévention des rechutes :

.....  
.....  
.....

Adaptation comportementale aux médicaments :

.....  
.....  
.....

Les devoirs qui ont été convenus

.....  
.....  
.....

**Résultat** (La réaction des usagers face à l'information, aux stratégies, et compétences vues lors de la session)

Perspective du consommateur :

.....  
.....

Point de vue praticien :

.....  
.....

Planning de la prochaine session :

.....  
.....  
.....  
.....

Signature de l'utilisateur

Signature du praticien