



JOURNAL

VOTRE JOURNAL : COMMENT VOUS EN SERVIR ?

En observant votre humeur ainsi que d'autres symptômes comme votre sommeil, vous et votre équipe traitante serez en mesure de mieux suivre l'évolution de vos symptômes et de mieux adapter votre traitement.

Pour votre psychiatre, mais également pour votre intervenant, le journal est un excellent outil pour évaluer votre réponse au traitement.

Ce journal est conçu pour un an et est composé de 12 tableaux mensuels où vous pourrez, chaque jour, remplir les différentes sections pour préciser votre profil. Toutes les informations rapportées

sont importantes, qu'il s'agisse de symptômes de la maladie (par ex. : tristesse), de problèmes physiques (par ex. : maux de tête) ou d'événements de vie plaisants ou déplaisants (par ex. : perte d'emploi).

Le but de remplir ce journal est de vous aider à mieux vous connaître et à mieux connaître votre maladie bipolaire afin de prévenir les rechutes.

Le maître mot est donc : **la prévention.**

Traduction libre et adaptée de : Personal Calendar, National Depressive and Manic Depressive Association, Chicago, Illinois.

QUE SONT LES TROUBLES BIPOLAIRES ?

Les troubles bipolaires étaient anciennement appelés « psychose maniaco-dépressive ». Les personnes qui souffrent de cette affection présentent des changements d'humeur (des hauts, connus sous le nom « d'accès d'hypomanie ou de manie », et des bas, souvent appelés « accès de dépression ») qui se manifestent soit en réaction à des déclencheurs ou sans raison apparente.

La plupart des gens se sentent « normaux », c'est-à-dire ni particulièrement heureux ni particulièrement tristes. Leur humeur peut varier selon ce qui se passe dans leur vie, mais revient à la « normale » en quelques heures ou en quelques jours. Ces changements normaux de l'humeur n'entraînent pas vraiment de problèmes au travail ou à l'école et n'influent pas sur les relations avec parents et amis.

Chez les personnes qui souffrent d'un trouble bipolaire, cependant, ces changements sont extrêmes et peuvent nuire considérablement à la vie quotidienne. Bien que, en dépit de votre trouble bipolaire, vous puissiez avoir des périodes d'humeur « normales » durant lesquelles vous êtes en mesure de fonctionner au quotidien, le risque de changement d'humeur extrême est toujours présent, surtout si vous ne suivez pas un plan de traitement approprié.

QUELS SONT LES SYMPTÔMES DE DÉPRESSION ?

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. : sentiment de tristesse ou de vide) ou observée par les autres (p. ex. : pleurs) pendant au moins deux semaines. N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. : modification du poids corporel en un mois excédent 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

QUELS SONT LES SYMPTÔMES DE MANIE ET D'HYPOMANIE ?

Les symptômes de manie et d'hypomanie se manifestent dans une période nettement délimitée avec une humeur anormale et persistante (euphorique ou irritable) pendant au moins une semaine pour la manie (à moins d'une hospitalisation) et au moins quatre jours pour l'hypomanie (forme moins sévère). Les symptômes associés sont les suivants :

1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
2. Réduction du besoin de sommeil (p. ex. : le sujet se sent reposé après seulement quelques heures de sommeil).
3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment.
4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les idées défilent.
5. Distractibilité (p. ex. : l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance significative).
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (sociale, professionnelle, scolaire ou sexuelle) ou agitation psychomotrice.
7. Engagement excessif dans des activités agréables, mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. : la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

QU'EST CE QU'UN ÉTAT MIXTE ?

Les patients ont présenté des symptômes de dépression majeure et de manie (ou d'hypomanie) au cours d'une même période de 24 heures. Pour qu'on puisse parler d'un état mixte, cette situation doit se répéter presque tous les jours pendant au moins une semaine.

FAITES VOTRE PLAN D'ACTION!

Le plan d'action sert à mettre par écrit les stratégies que l'on peut utiliser lorsqu'on rechute. Il est préférable de remplir cette partie pendant que vous êtes dans une phase stable. Vous pouvez également vous faire aider par votre psychiatre ou par votre intervenant.

PLAN D'ACTION LORS D'UNE DÉPRESSION

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

PLAN D'ACTION LORS D'UNE (HYPO)MANIE

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

EN CAS D'URGENCE

Toute personne, à un moment de sa vie ou de la maladie, peut être amenée à penser au suicide. Il est important dans ce cas de pouvoir en parler et de faire appel à votre réseau pour sortir de cette impasse dangereuse.

Nous vous suggérons de faire votre liste de personne(s) à contacter en cas d'urgence. Cette liste pourra être utilisée lorsque vous aurez des idées suicidaires, mais pourra également vous servir dans le cas où vous pensez rechuter.

Pour obtenir d'autres informations sur les troubles bipolaires, consultez le www.douglas.qc.ca

PROGRAMME
TROUBLES
BIPOLAIRES



BIPOLAR
DISORDERS
PROGRAM

6875, boul. LaSalle
Montréal (Québec) H4H 1R3
Téléphone : 514 761-6131, poste 3301
Télécopieur : 514 888-4466

PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

- **Urgence**
514 761-6131, poste 2221 (Institut universitaire en santé mentale Douglas)
911 (Urgence santé)
- **Psychiatre** _____
514 761-6131, poste 3301
- **Intervenant** _____
514 761-6131, poste _____
- **Membre de la famille** _____
- **Ami/proche** _____
- **Réseau**
514 723-4000 (Suicide-Action Montréal)
514 738-4873 (Revivre)
514 768-7225 (L'Autre Maison)
514 737-3604 (Multi-écoute)
- **Autres** _____

LE JOURNAL

INSTRUCTIONS POUR COMPLÉTER LE JOURNAL

MÉDICATION

Inscrivez chaque médicament pris dans la journée et la dose correspondante. Indiquez le nombre de comprimés pris dans l'espace réservé à cette fin.

NOMBRE D'HEURES DE SOMMEIL

Estimez le nombre d'heures de sommeil à chaque nuit.

MENSTRUATIONS

Mettez une croix dans les carrés pour indiquer les jours de menstruations.

ÉVÈNEMENTS DE LA VIE

Inscrivez les évènements significatifs ainsi que leur impact sur vous.

ÉCHELLES



HUMEUR

Mettez une croix dans le carré correspondant le mieux à votre humeur de la journée.

MANIE (EXEMPLES)

Sévère	Les gens vous conseillent d'aller à l'hôpital.
Modérée	Les gens commentent vos comportements abondamment. Vos pensées se bousculent, vous avez besoin seulement de quelques heures de sommeil, vous parlez beaucoup, souvent de façon inappropriée. Vous pouvez être irritable et perdre le contrôle plus rapidement (argent, sexualité...).
Légère modérée	Vous avez besoin de peu de sommeil. Vous êtes assez agité(e), parfois irritable. Vous avez beaucoup d'énergie et pratiquez plusieurs activités.
Légère	Vous dormez quelques heures de moins qu'habituellement. Vous vous sentez plus énergique et fonctionnez mieux qu'à la normale.

DÉPRESSION (EXEMPLES)

Légère	Vous commencez à dormir davantage, à ralentir. Les choses deviennent plus négatives.
Légère modérée	Vous vous éveillez plus tôt le matin. Vous vous isolez davantage. Travailler demande beaucoup d'efforts.
Modérée	Vous vous sentez très au ralenti. Vous avez peu d'appétit, dormez très peu ou beaucoup trop. Vous avez peu d'énergie. Les idées suicidaires peuvent être présentes.
Sévère	Vous n'arrivez plus à fonctionner et pouvez être hospitalisé(e).

Mois _____

Année _____

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Médication	Dose																																
Heures de sommeil																																	
Siestes																																	
Menstruations																																	
HUMEUR	(HYPO)MANIE	Sévère																															
		Modérée																															
		Légère-modérée																															
		Légère																															
	STABLE																																
	DÉPRESSION	Légère																															
		Légère-modérée																															
		Modérée																															
		Sévère																															

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ANXIÉTÉ	Stable																																
	Légère																																
	Modérée																																
	Sévère																																
COMPORTEMENT	Irritabilité ? (O/N)																																
	Idées suicidaires ? (O/N)																																
	Hallucinations ? (O/N)																																
	Idées bizarres ? (O/N)																																
	Comportement dangereux ? (O/N)																																
CONSOMMATION	Alcool ? (O/N)																																
	Drogues ? (O/N)																																
	Abus de médicaments ? (O/N)																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ÉVÉNEMENTS DE LA VIE	Plaisants ou déplaisants																										Impact (-4 à +4)						
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																

Mois _____

Année _____

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Médication	Dose																																
Heures de sommeil																																	
Siestes																																	
Menstruations																																	
HUMEUR	(HYPO)MANIE	Sévère																															
		Modérée																															
		Légère-modérée																															
		Légère																															
	STABLE																																
	DÉPRESSION	Légère																															
		Légère-modérée																															
		Modérée																															
		Sévère																															

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ANXIÉTÉ	Stable																																
	Légère																																
	Modérée																																
	Sévère																																
COMPORTEMENT	Irritabilité ? (O/N)																																
	Idées suicidaires ? (O/N)																																
	Hallucinations ? (O/N)																																
	Idées bizarres ? (O/N)																																
	Comportement dangereux ? (O/N)																																
CONSOMMATION	Alcool ? (O/N)																																
	Drogues ? (O/N)																																
	Abus de médicaments ? (O/N)																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ÉVÉNEMENTS DE LA VIE	Plaisants ou déplaisants																										Impact (-4 à +4)						
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																

Mois _____

Année _____

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Médication	Dose																																	
Heures de sommeil																																		
Siestes																																		
Menstruations																																		
HUMEUR	(HYPO)MANIE	Sévère																																
		Modérée																																
		Légère-modérée																																
		Légère																																
	STABLE																																	
	DÉPRESSION	Légère																																
		Légère-modérée																																
		Modérée																																
		Sévère																																

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ANXIÉTÉ	Stable																																
	Légère																																
	Modérée																																
	Sévère																																
COMPORTEMENT	Irritabilité ? (O/N)																																
	Idées suicidaires ? (O/N)																																
	Hallucinations ? (O/N)																																
	Idées bizarres ? (O/N)																																
	Comportement dangereux ? (O/N)																																
CONSOMMATION	Alcool ? (O/N)																																
	Drogues ? (O/N)																																
	Abus de médicaments ? (O/N)																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ÉVÉNEMENTS DE LA VIE	Plaisants ou déplaisants																										Impact (-4 à +4)						
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																

Mois _____

Année _____

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Médication	Dose																																	
Heures de sommeil																																		
Siestes																																		
Menstruations																																		
HUMEUR	(HYPO)MANIE	Sévère																																
		Modérée																																
		Légère-modérée																																
		Légère																																
	STABLE																																	
	DÉPRESSION	Légère																																
		Légère-modérée																																
		Modérée																																
		Sévère																																

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ANXIÉTÉ	Stable																																
	Légère																																
	Modérée																																
	Sévère																																
COMPORTEMENT	Irritabilité ? (O/N)																																
	Idées suicidaires ? (O/N)																																
	Hallucinations ? (O/N)																																
	Idées bizarres ? (O/N)																																
	Comportement dangereux ? (O/N)																																
CONSOMMATION	Alcool ? (O/N)																																
	Drogues ? (O/N)																																
	Abus de médicaments ? (O/N)																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ÉVÉNEMENTS DE LA VIE	Plaisants ou déplaisants																										Impact (-4 à +4)						
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																

Mois _____

Année _____

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Médication	Dose																																
Heures de sommeil																																	
Siestes																																	
Menstruations																																	
HUMEUR	(HYPO)MANIE	Sévère																															
		Modérée																															
		Légère-modérée																															
		Légère																															
	STABLE																																
	DÉPRESSION	Légère																															
		Légère-modérée																															
		Modérée																															
		Sévère																															

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ANXIÉTÉ	Stable																																
	Légère																																
	Modérée																																
	Sévère																																
COMPORTEMENT	Irritabilité ? (O/N)																																
	Idées suicidaires ? (O/N)																																
	Hallucinations ? (O/N)																																
	Idées bizarres ? (O/N)																																
	Comportement dangereux ? (O/N)																																
CONSOMMATION	Alcool ? (O/N)																																
	Drogues ? (O/N)																																
	Abus de médicaments ? (O/N)																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ÉVÉNEMENTS DE LA VIE	Plaisants ou déplaisants																										Impact (-4 à +4)						
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																

Mois _____

Année _____

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Médication	Dose																																	
Heures de sommeil																																		
Siestes																																		
Menstruations																																		
HUMEUR	(HYPO)MANIE	Sévère																																
		Modérée																																
		Légère-modérée																																
		Légère																																
	STABLE																																	
	DÉPRESSION	Légère																																
		Légère-modérée																																
		Modérée																																
		Sévère																																

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ANXIÉTÉ	Stable																																
	Légère																																
	Modérée																																
	Sévère																																
COMPORTEMENT	Irritabilité ? (O/N)																																
	Idées suicidaires ? (O/N)																																
	Hallucinations ? (O/N)																																
	Idées bizarres ? (O/N)																																
	Comportement dangereux ? (O/N)																																
CONSOMMATION	Alcool ? (O/N)																																
	Drogues ? (O/N)																																
	Abus de médicaments ? (O/N)																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ÉVÉNEMENTS DE LA VIE	Plaisants ou déplaisants																										Impact (-4 à +4)						
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																

Mois _____

Année _____

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Médication	Dose																																
Heures de sommeil																																	
Siestes																																	
Menstruations																																	
HUMEUR	(HYPO)MANIE	Sévère																															
		Modérée																															
		Légère-modérée																															
		Légère																															
	STABLE																																
	DÉPRESSION	Légère																															
		Légère-modérée																															
		Modérée																															
		Sévère																															

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ANXIÉTÉ	Stable																																
	Légère																																
	Modérée																																
	Sévère																																
COMPORTEMENT	Irritabilité ? (O/N)																																
	Idées suicidaires ? (O/N)																																
	Hallucinations ? (O/N)																																
	Idées bizarres ? (O/N)																																
	Comportement dangereux ? (O/N)																																
CONSOMMATION	Alcool ? (O/N)																																
	Drogues ? (O/N)																																
	Abus de médicaments ? (O/N)																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ÉVÉNEMENTS DE LA VIE	Plaisants ou déplaisants																										Impact (-4 à +4)						
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																

Mois _____

Année _____

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Médication	Dose																																
Heures de sommeil																																	
Siestes																																	
Menstruations																																	
HUMEUR	(HYPO)MANIE	Sévère																															
		Modérée																															
		Légère-modérée																															
		Légère																															
	STABLE																																
	DÉPRESSION	Légère																															
		Légère-modérée																															
		Modérée																															
		Sévère																															

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ANXIÉTÉ	Stable																																
	Légère																																
	Modérée																																
	Sévère																																
COMPORTEMENT	Irritabilité ? (O/N)																																
	Idées suicidaires ? (O/N)																																
	Hallucinations ? (O/N)																																
	Idées bizarres ? (O/N)																																
	Comportement dangereux ? (O/N)																																
CONSOMMATION	Alcool ? (O/N)																																
	Drogues ? (O/N)																																
	Abus de médicaments ? (O/N)																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ÉVÉNEMENTS DE LA VIE	Plaisants ou déplaisants																										Impact (-4 à +4)						
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																

Mois _____

Année _____

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Médication	Dose																																	
Heures de sommeil																																		
Siestes																																		
Menstruations																																		
HUMEUR	(HYPO)MANIE	Sévère																																
		Modérée																																
		Légère-modérée																																
		Légère																																
	STABLE																																	
	DÉPRESSION	Légère																																
		Légère-modérée																																
		Modérée																																
		Sévère																																

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ANXIÉTÉ	Stable																																
	Légère																																
	Modérée																																
	Sévère																																
COMPORTEMENT	Irritabilité ? (O/N)																																
	Idées suicidaires ? (O/N)																																
	Hallucinations ? (O/N)																																
	Idées bizarres ? (O/N)																																
	Comportement dangereux ? (O/N)																																
CONSOMMATION	Alcool ? (O/N)																																
	Drogues ? (O/N)																																
	Abus de médicaments ? (O/N)																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ÉVÉNEMENTS DE LA VIE	Plaisants ou déplaisants																										Impact (-4 à +4)						
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																

Mois _____

Année _____

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Médication	Dose																																
Heures de sommeil																																	
Siestes																																	
Menstruations																																	
HUMEUR	(HYPO)MANIE	Sévère																															
		Modérée																															
		Légère-modérée																															
		Légère																															
	STABLE																																
	DÉPRESSION	Légère																															
		Légère-modérée																															
		Modérée																															
		Sévère																															

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ANXIÉTÉ	Stable																																
	Légère																																
	Modérée																																
	Sévère																																
COMPORTEMENT	Irritabilité ? (O/N)																																
	Idées suicidaires ? (O/N)																																
	Hallucinations ? (O/N)																																
	Idées bizarres ? (O/N)																																
	Comportement dangereux ? (O/N)																																
CONSOMMATION	Alcool ? (O/N)																																
	Drogues ? (O/N)																																
	Abus de médicaments ? (O/N)																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ÉVÉNEMENTS DE LA VIE	Plaisants ou déplaisants																										Impact (-4 à +4)						
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																

Mois _____

Année _____

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Médication	Dose																																
Heures de sommeil																																	
Siestes																																	
Menstruations																																	
HUMEUR	(HYPO)MANIE	Sévère																															
		Modérée																															
		Légère-modérée																															
		Légère																															
	STABLE																																
	DÉPRESSION	Légère																															
		Légère-modérée																															
		Modérée																															
		Sévère																															

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ANXIÉTÉ	Stable																																
	Légère																																
	Modérée																																
	Sévère																																
COMPORTEMENT	Irritabilité ? (O/N)																																
	Idées suicidaires ? (O/N)																																
	Hallucinations ? (O/N)																																
	Idées bizarres ? (O/N)																																
	Comportement dangereux ? (O/N)																																
CONSOMMATION	Alcool ? (O/N)																																
	Drogues ? (O/N)																																
	Abus de médicaments ? (O/N)																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ÉVÉNEMENTS DE LA VIE	Plaisants ou déplaisants																										Impact (-4 à +4)						
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																

Mois _____

Année _____

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Médication	Dose																																	
Heures de sommeil																																		
Siestes																																		
Menstruations																																		
HUMEUR	(HYPO)MANIE	Sévère																																
		Modérée																																
		Légère-modérée																																
		Légère																																
	STABLE																																	
	DÉPRESSION	Légère																																
		Légère-modérée																																
		Modérée																																
		Sévère																																

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ANXIÉTÉ	Stable																																
	Légère																																
	Modérée																																
	Sévère																																
COMPORTEMENT	Irritabilité ? (O/N)																																
	Idées suicidaires ? (O/N)																																
	Hallucinations ? (O/N)																																
	Idées bizarres ? (O/N)																																
	Comportement dangereux ? (O/N)																																
CONSOMMATION	Alcool ? (O/N)																																
	Drogues ? (O/N)																																
	Abus de médicaments ? (O/N)																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ÉVÉNEMENTS DE LA VIE	Plaisants ou déplaisants																										Impact (-4 à +4)						
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																
Date :	Description :																																

PROGRAMME
TROUBLES
BIPOLAIRES



BIPOLAR
DISORDERS
PROGRAM



6875, boul. LaSalle, Montréal (Québec) H4H 1R3



514 761-6131, #3301



514 888-4466

Douglas
INSTITUT MENTAL HEALTH
UNIVERSITAIRE EN UNIVERSITY
SANTÉ MENTALE INSTITUTE

www.douglas.qc.ca