



MON PARCOURS



Pr REXULTI^{MD}

*Un voyage de mille lieues commence toujours
par un premier pas*

— Lao Tzu

monparcoursrexulti.ca



MON PARCOURS REXULTI

**Ressources
pour amorcer
mon traitement
par ^{Pr} REXULTI^{MD}**

Cette trousse comprend :

- Ma brochure d'information sur l'amorce du traitement
- Mon journal des symptômes
- Ma liste de vérification avant mon prochain rendez-vous

**Découvrez des ressources en ligne à
monparcoursrexulti.ca**



MON JOURNAL DES SYMPTÔMES

Rappel important : Apportez votre journal des symptômes dûment rempli à votre prochain rendez-vous avec votre professionnel de la santé pour que vous puissiez discuter ensemble des symptômes que vous avez présentés et de comment vous vous êtes senti(e).

Ce journal vous permet de surveiller vos symptômes hebdomadaires sur une période de 4 semaines.

- **Une fois par jour**, vous pouvez y noter ce que vous ressentez et comment vous vous sentez. Vous pouvez également vous fixer des objectifs personnels liés au mode de vie (par exemple, aller faire une marche) et cocher vos réalisations chaque jour.
- **Chaque semaine**, vous pouvez inscrire plus de détails, en consignant vos pensées et expériences importantes, ou des questions liées à votre dépression et à votre traitement.

La prochaine fois que vous consulterez votre professionnel de la santé, vous pourrez vous servir de votre journal des symptômes pour vous rappeler comment vous vous êtes senti au cours du mois dernier. **Cet outil pourra vous aider, vous et votre professionnel de la santé, à déterminer si vous devez ou non modifier votre plan de traitement.**



En présence d'une dépression, je trouve qu'une des choses les plus importantes est de se rendre compte qu'on n'est pas seul

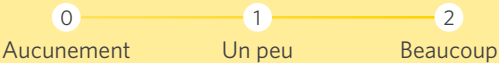
— Dwayne Johnson

SEMAINE 1 DE 4

Journal des symptômes quotidiens

SEMAINE 1 : _____

Comment vous sentiez-vous aujourd'hui? Notez chaque élément comme suit :



JOUR	SYMPTÔMES						TOTAL	Comment décririez-vous la façon dont vous vous êtes senti(e) aujourd'hui? Essayez de n'employer qu'un seul mot.
	Tristesse	Agitation (sensation d'impatience) ou irritabilité	Difficulté à me concentrer	Perte d'intérêt	Fatigue	Pensées négatives		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

Objectifs quotidiens liés au mode de vie

Il est important de vous fixer des objectifs liés au mode de vie et de faire de votre mieux pour les atteindre.

JOUR	OBJECTIF 1 <i>Je veux parler avec un ami.</i>	OBJECTIF 2 <i>Je veux faire une marche.</i>	OBJECTIF 3 <i>Je veux manger des aliments sains.</i>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Vérification du bien-être hebdomadaire

MES PENSÉES

(Émotions et/ou changements d'humeur durant la semaine)

Dans l'ensemble, la semaine a été mauvaise/correcte/positive. Je

me suis senti(e) fatigué(e)/plein(e) d'énergie et désintéressé(e)/

engagé(e).

MES RÉALISATIONS

(Par exemple, exercice, alimentation et pleine conscience)

J'ai observé mon programme d'exercice cette semaine en faisant de la

bicyclette un jour sur deux. J'ai bien mangé la plupart du temps, mais je

me suis permis quelques écarts.

MON SOMMEIL

(Qualité et durée du sommeil pendant la semaine)

Pendant cette semaine, j'ai mal/bien dormi(e) et j'ai dormi en

moyenne X heures.

MES QUESTIONS

(À l'intention de votre professionnel de la santé à votre prochain rendez-vous)

Que puis-je faire d'autre pour composer avec mes pensées négatives?



*N'ayez pas peur de poser des questions. Ne craignez pas
de demander de l'aide quand vous en avez besoin*

— Barack Obama

SEMAINE 2 DE 4

Comment vous sentiez-vous aujourd'hui? Notez chaque élément comme suit :



JOUR	SYMPTÔMES						TOTAL	Comment décririez-vous la façon dont vous vous êtes senti(e) aujourd'hui? Essayez de n'employer qu'un seul mot.
	Tristesse	Agitation (sensation d'impatience) ou irritabilité	Difficulté à me concentrer	Perte d'intérêt	Fatigue	Pensées négatives		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

Objectifs quotidiens liés au mode de vie

Il est important de vous fixer des objectifs liés au mode de vie et de faire de votre mieux pour les atteindre.

JOUR	OBJECTIF 1 <i>Je veux parler avec un ami.</i>	OBJECTIF 2 <i>Je veux faire une marche.</i>	OBJECTIF 3 <i>Je veux manger des aliments sains.</i>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Vérification du bien-être hebdomadaire

MES PENSÉES

(Émotions et/ou changements d'humeur durant la semaine)

Dans l'ensemble, la semaine a été mauvaise/correcte/positive. Je

me suis senti(e) fatigué(e)/plein(e) d'énergie et désintéressé(e)/

engagé(e).

MES RÉALISATIONS

(Par exemple, exercice, alimentation et pleine conscience)

J'ai observé mon programme d'exercice cette semaine en faisant de la

bicyclette un jour sur deux. J'ai bien mangé la plupart du temps, mais je

me suis permis quelques écarts.

MON SOMMEIL

(Qualité et durée du sommeil pendant la semaine)

Pendant cette semaine, j'ai mal/bien dormi(e) et j'ai dormi en

moyenne X heures.

MES QUESTIONS

(À l'intention de votre professionnel de la santé à votre prochain rendez-vous)

Que puis-je faire d'autre pour composer avec mes pensées négatives?

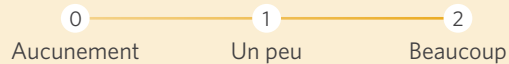


Ne cessez jamais de vous améliorer

— Emily Lillian

SEMAINE 3 DE 4

Comment vous sentiez-vous aujourd'hui? Notez chaque élément comme suit :



JOUR	SYMPTÔMES						TOTAL	Comment décririez-vous la façon dont vous vous êtes senti(e) aujourd'hui? Essayez de n'employer qu'un seul mot.
	Tristesse	Agitation (sensation d'impatience) ou irritabilité	Difficulté à me concentrer	Perte d'intérêt	Fatigue	Pensées négatives		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

Objectifs quotidiens liés au mode de vie

Il est important de vous fixer des objectifs liés au mode de vie et de faire de votre mieux pour les atteindre.

JOUR	OBJECTIF 1 <i>Je veux parler avec un ami.</i>	OBJECTIF 2 <i>Je veux faire une marche.</i>	OBJECTIF 3 <i>Je veux manger des aliments sains.</i>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Vérification du bien-être hebdomadaire

MES PENSÉES

(Émotions et/ou changements d'humeur durant la semaine)

Dans l'ensemble, la semaine a été mauvaise/correcte/positive. Je

me suis senti(e) fatigué(e)/plein(e) d'énergie et désintéressé(e)/

engagé(e).

MES RÉALISATIONS

(Par exemple, exercice, alimentation et pleine conscience)

J'ai observé mon programme d'exercice cette semaine en faisant de la

bicyclette un jour sur deux. J'ai bien mangé la plupart du temps, mais je

me suis permis quelques écarts.

MON SOMMEIL

(Qualité et durée du sommeil pendant la semaine)

Pendant cette semaine, j'ai mal/bien dormi(e) et j'ai dormi en

moyenne X heures.

MES QUESTIONS

(À l'intention de votre professionnel de la santé à votre prochain rendez-vous)

Que puis-je faire d'autre pour composer avec mes pensées négatives?



Faites des choix qui favoriseront votre autonomie

— Dean Ornish

SEMAINE 4 DE 4

Comment vous sentiez-vous aujourd'hui? Notez chaque élément comme suit :

0 ————— 1 ————— 2
Aucunement Un peu Beaucoup

JOUR	SYMPTÔMES						TOTAL	Comment décririez-vous la façon dont vous vous êtes senti(e) aujourd'hui? Essayez de n'employer qu'un seul mot.
	Tristesse	Agitation (sensation d'impatience) ou irritabilité	Difficulté à me concentrer	Perte d'intérêt	Fatigue	Pensées négatives		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

Objectifs quotidiens liés au mode de vie

Il est important de vous fixer des objectifs liés au mode de vie et de faire de votre mieux pour les atteindre.

JOUR	OBJECTIF 1 <i>Je veux parler avec un ami.</i>	OBJECTIF 2 <i>Je veux faire une marche.</i>	OBJECTIF 3 <i>Je veux manger des aliments sains.</i>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Vérification du bien-être hebdomadaire

MES PENSÉES

(Émotions et/ou changements d'humeur durant la semaine)

Dans l'ensemble, la semaine a été mauvaise/correcte/positive. Je

me suis senti(e) fatigué(e)/plein(e) d'énergie et désintéressé(e)/

engagé(e).

MES RÉALISATIONS

(Par exemple, exercice, alimentation et pleine conscience)

J'ai observé mon programme d'exercice cette semaine en faisant de la

bicyclette un jour sur deux. J'ai bien mangé la plupart du temps, mais je

me suis permis quelques écarts.

MON SOMMEIL

(Qualité et durée du sommeil pendant la semaine)

Pendant cette semaine, j'ai mal/bien dormi(e) et j'ai dormi en

moyenne X heures.

MES QUESTIONS

(À l'intention de votre professionnel de la santé à votre prochain rendez-vous)

Que puis-je faire d'autre pour composer avec mes pensées négatives?

Remarques



REXULTI est une marque déposée d'Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd., utilisée sous licence par Otsuka Canada Pharmaceutique.

© Otsuka Canada Pharmaceutique et Lundbeck Canada Inc. Tous droits réservés.

OCPI-REX-00020F



MON PARCOURS

Pr **REXULTI**^{MD}.ca

Scannez le code
QR pour y accéder
rapidement.

