

Date d'ouverture du dossier: _____

Dossier: _____

FORMULAIRE D'ADMISSION POUR THERAPIE DE COUPLE

À compléter individuellement

Prénom: _____ Nom de famille: _____

Âge: _____ Date de naissance (aaaa/mm/jj): _____/_____/_____

Groupe ethnique: _____ Religion: _____ État civil: _____

Sexe: _____ Nombre d'enfants: _____ Âge des enfants: _____

Adresse du domicile avec le code postal: _____

Avec qui vivez-vous? _____

Tél. Cellulaire : _____ Tél. Maison: _____

Tél. Travail: _____ Courriel: _____

Nom d'un contact d'urgence: _____ Tél: _____

INFORMATION SUR L'EMPLOI:

Je ne travaille pas parce que: _____

Congé de maladie, depuis: _____ date de retour: _____

J'étais: à temps plein ou à temps partiel, position: _____

Je travaille à temps plein, position: _____

Je travaille à temps partiel, position: _____

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE CETTE CLINIQUE:

Bouche à l'oreille Je suis un ancien client Ordre des Psychologues (OPQ) Rate MDs

CJAD 800 Psychology Today Recherche Google, avec ces mots: _____

Autres: _____



Blake Psychologie Pointe-Claire
6500 Aut. Transcanadienne, Suite 400
Pointe-Claire, QC H9R 0A5
www.blakepsychology.com
T: 514-319-1744 F: 1-877-417-4420

Blake Psychologie Montréal
2001 rue Université, Suite 1700
Montréal, QC H3A 2A6
www.blakepsychology.com
T: 514-312-1744 F: 1-877-417-4420

ANTECEDENTS MEDICAUX ET PSYCHIATRIQUES

Faire la liste des problèmes **psychiatriques ou « mentaux »** pour lesquels vous avez été diagnostiqué:

Faire la liste des problèmes **médicaux ou « physiques »** pour lesquels vous avez été diagnostiqué:

Faire la liste des médicaments que vous prenez **en ce moment** et pour quelle raison:

Nom du **médecin de famille**: _____ Tél: _____

Mois du **dernier examen**: _____ Année: _____

Résultats: _____

Nom du **psychiatre**: _____ Tél: _____

Mois de la **dernière visite**: _____ Année: _____

Résultats: _____

HISTORIQUE DE TRAITEMENT EN SANTÉ MENTALE

Avez-vous déjà été hospitalisé pour des raisons psychologiques ou psychiatriques? Non Oui

Si oui, s'il vous plaît décrire quand et où vous avez été hospitalisé, et pour quelles raisons.

Avez-vous **reçu de thérapie de couples avant**? Oui Non

Si oui, quand : _____ Où: _____

Par qui : _____ Durée du traitement : _____

Problèmes traités : _____

Le résultat a été un succès? Vraiment Très peu Aucun changement Pire

Avez-vous déjà **reçu de thérapie de couples avant**? Oui Non

Si oui, donner un bref résumé des problèmes qui ont été adressés:

HABITUDES DE VIE

S'il vous plaît décrire vos **habitudes de vie** dans chacun des domaines suivants:

Tabagisme:

Problème de jeu:

Alcool:

Drogue:

Caféine:

Exercice:

Alimentation:

Sommeil:

Loisir et relaxation:

ÉVÉNEMENTS DE VIE STRESSANTS

S'il vous plaît décrire les **événements importants ou stressants que vous vivez actuellement**:

	Non	Oui	Si oui, s'il vous plaît décrire
Problèmes financiers?			
Difficulté d'accès aux soins médicaux?			
Problèmes d'ordre légal ou criminel?			
Problèmes culturels?			
Conflits familiaux, manque de soutien?			
Problèmes sociaux?			
Difficultés scolaires ou professionnelles?			
Problèmes de logement?			
Deuil ou perte?			
Autres?			

DECRIEZ LA RELATION POUR LAQUELLE VOUS DEMANDEZ DE LA THERAPIE

Pendant combien de temps avez-vous été marié, avez cohabité, êtes séparés ou divorcés :

S'il vous plaît décrire votre niveau actuel de satisfaction envers votre relation en encerclant le chiffre qui correspond à vos sentiments actuels :

(très insatisfait) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très satisfait)

Quelles sont vos attentes pour la thérapie: _____

Quels sont vos **objectifs de traitement** (cochez tous ceux qui s'appliquent) :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Améliorer la communication | <input type="checkbox"/> Résolution des conflits | <input type="checkbox"/> Compétences parentales |
| <input type="checkbox"/> La résolution de problèmes | <input type="checkbox"/> Plus d'intimité (émotionnelle) | <input type="checkbox"/> Plus d'intimité (sexuelle) |
| <input type="checkbox"/> Plus de temps de qualité ensemble | <input type="checkbox"/> Résolution de problèmes individuels | <input type="checkbox"/> Plus d'autonomie |
| <input type="checkbox"/> Plus de respect / compréhension | <input type="checkbox"/> Enjeux de force et de contrôle | <input type="checkbox"/> Plus de loisirs |
| <input type="checkbox"/> Plus de contacts sociaux | <input type="checkbox"/> Plus le partage des tâches | <input type="checkbox"/> Aide pour les enfants |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez): | | |

Qu'avez-vous déjà essayé pour améliorer ces aspects? _____

Qui a eu l'idée d'entreprendre une thérapie?

Est-ce qu'un événement particulier vous a incité à prendre rendez-vous? (**Pourquoi chercher de l'aide maintenant?**) _____

Quels sont vos **plus grands atouts** comme couple? _____

S'il vous plaît nommer au moins de trois suggestions que **vous pourriez faire personnellement pour améliorer** votre relation, indépendamment de votre partenaire: _____

Est-ce que vous ou votre partenaire prenez de l'alcool ou des drogues de façon abusive ?

Oui Non

Si oui, qui, à quelle fréquence et quelles drogue et alcool? _____

Est-ce vous ou votre partenaire êtes déjà **intervenu physiquement ou a blessé** l'autre personne ? Par exemple, pousser, attraper, gifler, etc. Oui Non

Si oui, décrivez le nombre de fois et ce qui est arrivé.

Est-ce que vous avez menacé ou de vous séparer/divorcer à cause des problèmes pour lesquels vous consultez? Oui Non Si oui, qui? ___Moi ___Partenaire ___Les deux

Si vous êtes marié, avez-vous **consulté un avocat** au sujet du divorce ?

Oui Non Si oui, qui? ___Moi ___Partenaire ___Les deux

Percevez-vous que vous ou votre partenaire n'êtes plus engagé **dans la relation** ?

Oui Non Si oui, qui? ___Moi ___Partenaire ___Les deux

Est-ce que vous ou votre partenaire avez déjà **trompé émotionnellement ou physiquement l'autre personne**?

Oui Non Incertain Si oui, qui? ___Moi ___Partenaire ___Les deux

Êtes-vous satisfait de la **fréquence de vos activités sexuelles?** (encercler)
(très insatisfait) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très satisfait)

Êtes-vous satisfait de la **qualité de vos activités sexuelles?** (encercler)
(très insatisfait) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très satisfait)

Quel est votre niveau actuel de **stress (globalement)** ? (encercler)
(pas de stress) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (extrêmement stressés)

Quel est votre niveau actuel de **stress par rapport à la relation ?** (encercler)
(pas de stress) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (extrêmement stressés)

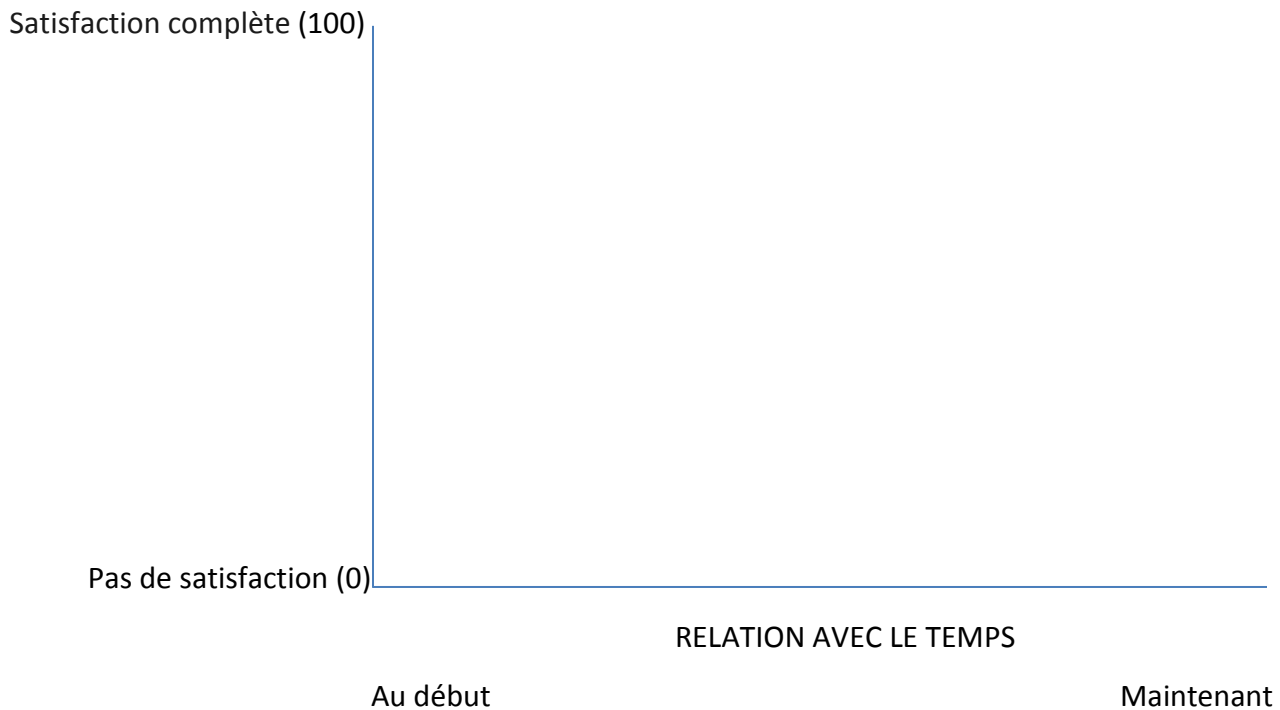
Nommez les **trois problèmes principaux** que vous avez dans votre relation avec votre partenaire ("1" étant la plus problématique):

1. _____
2. _____
3. _____

Est-il important pour vous d'améliorer la qualité de votre relation ?
(pas important) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (extrêmement important)

Êtes-vous prêts à faire les efforts requis pour améliorer cette relation et d'en faire une priorité?
(pas prêt) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (extrêmement prêt)

Enfin, s'il vous plaît, dessinez une courbe indiquant votre niveau de satisfaction par rapport à votre relation en commençant par quand vous avez rencontré votre partenaire. Identifiez les événements marquants / importants dans votre relation (par exemple la naissance de votre enfant, l'un de vous a triché, l'un de vous a déménagé, etc.).



Est-ce qu'il y a autre chose que vous aimeriez mentionner?



Blake Psychologie Pointe-Claire
6500 Aut. Transcanadienne, Suite 400
Pointe-Claire, QC H9R 0A5
www.blakepsychology.com
T: 514-319-1744 F: 1-877-417-4420

Blake Psychologie Montréal
2001 rue Université, Suite 1700
Montréal, QC H3A 2A6
www.blakepsychology.com
T: 514-312-1744 F: 1-877-417-4420

CONSENTEMENT À RECEVOIR DES SERVICES PSYCHOLOGIQUES: Copie de la clinique

:



Blake Psychologie Pointe-Claire
6500 Aut. Transcanadienne, Suite 400
Pointe-Claire, QC H9R 0A5
www.blakepsychology.com
T: 514-319-1744 F: 1-877-417-4420

Blake Psychologie Montréal
2001 rue Université, Suite 1700
Montréal, QC H3A 2A6
www.blakepsychology.com
T: 514-312-1744 F: 1-877-417-4420

CONSENTEMENT À RECEVOIR DES SERVICES PSYCHOLOGIQUES: Copie du client