

FORMULAIRE D'ADMISSION POUR THERAPIE DE COUPLE

S'il vous plaît compléter individuellement

Prénom: _____ Nom de famille: _____
Âge: _____ Date de naissance (aaaa/ jj/mm): _____/_____/_____
Groupe ethnique: _____ Religion: _____ État civil: _____
Sexe: _____ Nombre d'enfants: _____ Âge des enfants: _____
Adresse du domicile avec le code postal: _____
Qui vivez-vous? _____
Cell #: _____ Maison #: _____
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: _____

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 diagnostiqués:

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

Name of **Family doctor:** _____ Phone: _____

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

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

Résultats: _____

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

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

Résultats: _____

PASSÉ 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 Se est dégradée

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

Si oui, donner un bref résumé des problèmes que vous adressé: _____

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?			

RELATION POUR LAQUEL VOUS CHERCHE LA THERAPIE

Pendant combien de temps avez-vous été marié, cohabitant, séparés ou divorcés : _____

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

(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 tout ce 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 (émotionnel) | <input type="checkbox"/> Plus d'intimité (sexuelle) |
| <input type="checkbox"/> Plus de temps de qualité ensemble | <input type="checkbox"/> Résoudre les problèmes individuels | <input type="checkbox"/> Plus d'autonomie |
| <input type="checkbox"/> Plus de respect / compréhension | <input type="checkbox"/> Issues de force et de contrôle | <input type="checkbox"/> Plus 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 difficultés? _____

Qui avait l'idée d'assister à la thérapie? _____

Y a-t-il un événement qui a conduit incitant quelqu'un pour faire cet appel ? (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** la relation indépendamment de ce que votre partenaire faisait: _____

Est-ce que vous ou votre partenaire prend de l'alcool ou de drogues jusqu'à l'ivresse ? Oui Non

Si oui pour une des deux, qui, à quelle fréquence, et quelle drogue / alcool? _____

Avez-vous ou votre partenaire **physiquement retenu ou blessé** l'autre personne ? Par exemple, poussé, attrapé, ou giflé, etc. Oui Non

Si oui pour les deux partenaires, qui, combien de fois et ce qui est arrivé ? _____

Est-ce que vous avez menacé de séparer / divorce au cause des problèmes pour laquelle vous consultez? Oui Non Si oui, qui? ___Moi ___Partenaire ___Les deux

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

Oui Non Si oui, qui? ___Moi ___Partenaire ___Les deux

Percevez-vous que vous ou votre partenaire avait **retiré de la relation** ?

Oui Non Si oui, qui? ___Moi ___Partenaire ___Les deux

Avez- vous ou votre partenaire avez déjà **triché émotionnellement ou physiquement sur l'autre** ?

Oui Non Pas sure Si oui, qui? ___Moi ___Partenaire ___Les deux

Comment 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)

Comment êtes-vous satisfait de la **qualité de la vôtre 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 dans 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. _____

Comment 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)

Comment êtes-vous prêts à faire «travailler sur cette relation " une priorité dans votre vie ?
(pas prêt) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (extrêmement prêts)

Enfin, s'il vous plaît dessiner un graphique indiquant votre niveau de satisfaction de la relation commençant par quand vous avez rencontré votre partenaire. Mark 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.).

Satisfaction complete (100)

Pas de satisfaction (0)

RELATION AVEC LE TEMPS

Au début

Maintenant

Est-il y a autre chose que vous souhaiteriez mentionner? _____

CONSENTMENT A RECEVOIR DES SERVICES PSYCHOLOGIQUES: Copie de la clinique

Ce formulaire de consentement explique la nature des services psychologiques que vous êtes sur le point de recevoir. Comme le consentement est un processus continu, chaque nouvel élément qui pourrait influencer votre consentement sera discuté avec vous.

Nature du traitement: (i) l'évaluation et la planification du traitement: Environ 1-3 sessions, (ii) Intervention: dépend de nombreux facteurs, tels que la nature de vos difficultés et de la volonté de changement, (iii) Clôture: Environ 1-2 sessions, consiste à développer une «boîte à outils» des stratégies qui peuvent être utilisés pour vous aider à maintenir vos gains de traitement et de réduire le risque de rechute. L'efficacité du traitement varie d'une personne à l'autre. Discuter, travailler avec, et changer les pensées, les sentiments et les comportements peuvent être douloureux et difficile.

Approche: Votre thérapeute compléter une évaluation initiale de comprendre comment vos difficultés actuelles peuvent ont développé et maintenu dans les différents contextes de votre vie. Les résultats de cette évaluation seront partagés avec vous, et un plan de traitement seront développés y compris certains objectifs potentiels pour la thérapie, et les stratégies qui peuvent être utilisés pour vous aider à atteindre vos objectifs. Tout au long de la thérapie que vous êtes invités à partager des préoccupations ou des questions que vous pourriez avoir sur le processus de traitement. Cela permet au thérapeute de personnaliser les stratégies de traitement pour mieux répondre à vos besoins. Les services sont sur rendez-vous; en cas d'urgence se il vous plaît appeler le 911 ou aller à la salle d'urgence.

Frais et paiement: Les sessions sont d'environ 45-50 minutes de longueur. Chaque tentative est faite pour voir les clients à temps. Pour travailler vers cet objectif, le paiement est dû au début de chaque session et les sessions sont de mettre fin au plus tard 10 minutes avant l'heure. Les paiements peuvent être faits en espèces, carte de débit ou carte de crédit. Un préavis de **QUARANTE-HUIT (48) heures** est requis pour ANNULER OU RE-PLANIFIER votre rendez-vous sans quoi, un frais administratif équivalent au montant complet de la séance manquée vous sera facturé. LES SEULES EXCEPTIONS SONT LES VRAIES URGENCES.

Confidentialité: dossiers psychologiques peuvent inclure des éléments tels que des renseignements personnels, les notes d'évolution, et les évaluations, et seront déchiquetés 7 ans après votre dossier a été fermé. Aucune des informations vous concernant peuvent être communiqués à un tiers sans votre consentement écrit préalable, le consentement verbal ou dans le cas d'une situation d'urgence. Les exceptions comprennent: (1) lorsque les enfants ont moins de 14 ans, et leurs parents / tuteurs légaux veulent avoir accès au dossier, (2) le risque de danger imminent, comme le suicide, la mort, le risque d'un enfant fugue, ou sérieux des lésions corporelles à une personne ou un groupe identifiable, (3) la suspicion ou d'abus ou de négligence d'un enfant ou personne âgée, (4) le fonctionnement sécuritaire d'un véhicule à moteur, connu (5) demandes ordonnées par un tribunal de droit ou de l'Ordre des psychologues du Québec, (6) l'accès est nécessaire par d'autres membres du personnel (par exemple, personnel administratif) pour mener à bien leurs tâches professionnelles, ou (7) si il existe des limitations inhérentes à la technologie utilisée (courriel, téléphone, Skype). Les thérapeutes doivent, dès que l'intérêt de leur client le demande, supervision, consulter un autre thérapeute, un membre d'un autre ordre professionnel ou une autre personne compétente. Divulgarion d'informations identifiant sera minimisé, et les noms ne seront pas divulgués sans consentement.

Droits et responsabilités mutuels: La relation doit rester limitée à un cadre thérapeutique respectueux. Vous pouvez refuser des suggestions thérapeutiques se offrent à vous, ou de suspendre ou cesser le traitement à tout moment sans pénalité. Si vous décidez d'arrêter le traitement, s'il vous plaît aviser votre thérapeute afin que votre dossier peut être fermé et / ou vous pouvez être référé à une autre ressource. Si vous arrêtez le traitement, sans explication, votre dossier sera automatiquement fermé après 30 jours.

Consentir à un traitement: j'ai lu et compris les renseignements ci-dessus, et toutes les questions que je avais ont été répondues. Je suis d'accord avec le formulaire de consentement ci-dessus, et consens à recevoir des services psychologiques.

Nom du client *: _____ Signature: _____ Date: _____

*** Pour les clients 13 ans et moins:**

Nom du parent / tuteur: _____ Signature: _____ Date: _____

Nom du parent / tuteur: _____ Signature: _____ Date: _____

CONSENTMENT A RECEVOIR DES SERVICES PSYCHOLOGIQUES: Copie du client

Ce formulaire de consentement explique la nature des services psychologiques que vous êtes sur le point de recevoir. Comme le consentement est un processus continu, chaque nouvel élément qui pourrait influencer votre consentement sera discuté avec vous.

Nature du traitement: (i) l'évaluation et la planification du traitement: Environ 1-3 sessions, (ii) Intervention: dépend de nombreux facteurs, tels que la nature de vos difficultés et de la volonté de changement, (iii) Clôture: Environ 1-2 sessions, consiste à développer une «boîte à outils» des stratégies qui peuvent être utilisés pour vous aider à maintenir vos gains de traitement et de réduire le risque de rechute. L'efficacité du traitement varie d'une personne à l'autre. Discuter, travailler avec, et changer les pensées, les sentiments et les comportements peuvent être douloureux et difficile.

Approche: Votre thérapeute compléter une évaluation initiale de comprendre comment vos difficultés actuelles peuvent ont développé et maintenu dans les différents contextes de votre vie. Les résultats de cette évaluation seront partagés avec vous, et un plan de traitement seront développés y compris certains objectifs potentiels pour la thérapie, et les stratégies qui peuvent être utilisés pour vous aider à atteindre vos objectifs. Tout au long de la thérapie que vous êtes invités à partager des préoccupations ou des questions que vous pourriez avoir sur le processus de traitement. Cela permet au thérapeute de personnaliser les stratégies de traitement pour mieux répondre à vos besoins. Les services sont sur rendez-vous; en cas d'urgence se il vous plaît appeler le 911 ou aller à la salle d'urgence.

Frais et paiement: Les sessions sont d'environ 45-50 minutes de longueur. Chaque tentative est faite pour voir les clients à temps. Pour travailler vers cet objectif, le paiement est dû au début de chaque session et les sessions sont de mettre fin au plus tard 10 minutes avant l'heure. Les paiements peuvent être faits en espèces, carte de débit ou carte de crédit. Un préavis de **QUARANTE-HUIT (48) heures** est requis pour ANNULER OU RE-PLANIFIER votre rendez-vous sans quoi, un frais administratif équivalent au montant complet de la séance manquée vous sera facturé. LES SEULES EXCEPTIONS SONT LES VRAIES URGENCES.

Confidentialité: dossiers psychologiques peuvent inclure des éléments tels que des renseignements personnels, les notes d'évolution, et les évaluations, et seront déchetés 7 ans après votre dossier a été fermé. Aucune des informations vous concernant peuvent être communiqués à un tiers sans votre consentement écrit préalable, le consentement verbal ou dans le cas d'une situation d'urgence. Les exceptions comprennent: (1) lorsque les enfants ont moins de 14 ans, et leurs parents / tuteurs légaux veulent avoir accès au dossier, (2) le risque de danger imminent, comme le suicide, la mort, le risque d'un enfant fugue, ou sérieux des lésions corporelles à une personne ou un groupe identifiable, (3) la suspicion ou d'abus ou de négligence d'un enfant ou personne âgée, (4) le fonctionnement sécuritaire d'un véhicule à moteur, connu (5) demandes ordonnées par un tribunal de droit ou de l'Ordre des psychologues du Québec, (6) l'accès est nécessaire par d'autres membres du personnel (par exemple, personnel administratif) pour mener à bien leurs tâches professionnelles, ou (7) si il existe des limitations inhérentes à la technologie utilisée (courriel, téléphone, Skype). Les thérapeutes doivent, dès que l'intérêt de leur client le demande, supervision, consulter un autre thérapeute, un membre d'un autre ordre professionnel ou une autre personne compétente. Divulgarion d'informations identifiant sera minimisé, et les noms ne seront pas divulgués sans consentement.

Droits et responsabilités mutuels: La relation doit rester limitée à un cadre thérapeutique respectueux. Vous pouvez refuser des suggestions thérapeutiques se offrent à vous, ou de suspendre ou cesser le traitement à tout moment sans pénalité. Si vous décidez d'arrêter le traitement, s'il vous plaît aviser votre thérapeute afin que votre dossier peut être fermé et / ou vous pouvez être référé à une autre ressource. Si vous arrêtez le traitement, sans explication, votre dossier sera automatiquement fermé après 30 jours.

Consentir à un traitement: j'ai lu et compris les renseignements ci-dessus, et toutes les questions que j'avais ont été répondues. Je suis d'accord avec le formulaire de consentement ci-dessus, et consens à recevoir des services psychologiques.

Nom du client *: _____ Signature: _____ Date: _____

*** Pour les clients 13 ans et moins:**

Nom du parent / tuteur: _____ Signature: _____ Date: _____

Nom du parent / tuteur: _____ Signature: _____ Date: _____