

**FORMULAIRE D'ADMISSION POUR THERAPIE INDIVIDUELLE**  
*À compléter par les clients 14 ans et +*

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom de famille: \_\_\_\_\_  
Âge: \_\_\_\_\_ Date de naissance (aaaa/ jj/mm): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Groupe ethnique: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_ État civil: \_\_\_\_\_  
Sexe: \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants: \_\_\_\_\_ Âge des enfants: \_\_\_\_\_  
Adresse (incluant code postale): \_\_\_\_\_  
Avec qui habitez-vous? \_\_\_\_\_  
Cell #: \_\_\_\_\_ Maison #: \_\_\_\_\_  
Travail #: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_  
Nom d'un contact d'urgence: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

**Pour les clients de moins de 18 ans:**

Nom du parent / tuteur légal: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_  
Nom du parent / tuteur légal: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

**INFORMATION ACADEMIQUE:**

- Je ne vais pas à l'école. Niveau le plus haut complété: \_\_\_\_\_  
 J'étudie à temps plein. Institution: \_\_\_\_\_ Année: \_\_\_\_\_  
Programme: \_\_\_\_\_ Résultats scolaires: \_\_\_\_\_  
 J'étudie à temps partiel. Institution: \_\_\_\_\_ Année: \_\_\_\_\_  
Programme: \_\_\_\_\_ Résultats scolaires: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

**RAISON(S) DE LA CONSULTATION:**

---

---

---

---

---

**Quelle est l'intensité de votre détresse émotionnelle?** (Légère) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (sévère)

Décrire: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comment est-ce que les **problèmes affectent votre capacité** à travailler ou à étudier, à vous entendre avec les autres, ou à compléter les tâches quotidiennes? (Légère) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (incapacitant)

Décrire: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A quel moment ces problèmes ont-ils commencés? Que se passait-il dans votre vie à cette époque?**

---

---

---

---

---

**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:

---

---

---

---

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.

---

---

---

S'il-vous-plaît, faire la liste de tous les autres professionnels en santé mentale que vous avez consultés dans le passé (dates approximatives, type de professionnel, raison de la consultation, nature du traitement, et résultat du traitement).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 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:

**RELATIONS ACTUELLES**

S'il vous plaît décrire la **qualité de vos relations**, si applicable:

Mère biologique: \_\_\_\_\_

Père biologique: \_\_\_\_\_

Autres parents ou gardiens (spécifiez): \_\_\_\_\_

Frères/Sœurs: \_\_\_\_\_

Autre membres de famille: \_\_\_\_\_

Vos enfants: \_\_\_\_\_

Ami(e)s: \_\_\_\_\_

Romantique: \_\_\_\_\_

Collègues: \_\_\_\_\_

Nombre total de relations proches et de soutien: \_\_\_\_\_

**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?			

**Quels sont vos forces et qualités positives? Quelles qualités vous ont aidées à surmonter des difficultés dans le passé?**

**S'il vous plaît décrire votre plan pour l'avenir (carrière, personnel, etc.)**

**A quel point êtes-vous motivé à travailler durant la thérapie?**

**Quels sont vos objectifs pour la thérapie?**

**Quelles sont les préoccupations que vous avez face à la thérapie ou au travail requis pour surmonter les problèmes?**

**Est-ce que il y a autre chose que vous aimeriez 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 uniques. 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: je 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 uniques. 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: je 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: \_\_\_\_\_