

Date d'ouverture du dossier: \_\_\_\_\_

## FORMULAIRE D'ADMISSION POUR THERAPIE INFANTILE

*Veillez compléter au nom de votre enfant*

**Nom de la personne qui remplit ce formulaire:** \_\_\_\_\_

Votre relation à l'enfant: \_\_\_\_\_

Tél: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

**Nom de l'autre parent / tuteur légal:** \_\_\_\_\_

Tél: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

**Prénom de l'enfant:** \_\_\_\_\_ **Nom de famille:** \_\_\_\_\_

Âge: \_\_\_\_\_ Date de naissance (aaaa/ jj/mm): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Groupe ethnique: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_

Adresse (incluant code postale): \_\_\_\_\_

Avec qui vit votre enfant? \_\_\_\_\_

### INFORMATION ACADEMIQUE:

Nom de l'école de l'enfant: \_\_\_\_\_ 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)  RateMDs

CJAD 800  Psychology Today  Recherche Google, avec ces mots: \_\_\_\_\_

Autres: \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

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

Décrire: \_\_\_\_\_

---

**Dans quelle mesure les problèmes affectent-ils la capacité de votre enfant à aller à l'école, à s'entendre avec les autres et à effectuer des tâches quotidiennes telles que des tâches ménagères? (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?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**HISTORIQUE MEDICALE ET PSYCHIATRIQUE**

Faire la liste des problèmes **psychiatriques ou « mentaux »** pour lesquels votre enfant a reçu un diagnostic:

---

---

---

Faire la liste des problèmes **médicaux ou « physiques »** pour lesquels votre enfant a reçu un diagnostic:

---

---

---

Faire la liste des médicaments que votre enfant prend **actuellement** 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

Est-ce-que votre enfant été déjà hospitalisé pour des raisons psychologiques ou psychiatriques?

Non     Oui

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

---

---

---

S'il-vous-plaît, faire la liste de tous les autres professionnels en santé mentale que votre enfant a consulté 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 les **habitudes de vie** de votre enfant dans chacun des domaines suivants:

Tabagisme:

Alcool:

Drogue:

Télévision:

Internet:

Jeux vidéo:

Caféine:

Exercice:

Alimentation:

Sommeil:

Loisir et relaxation:

Corvées et responsabilités:

## RELATIONS ACTUELLES

Veillez décrire les relations de votre enfant avec chacune des personnes suivantes, si applicable:

Mère biologique:

---

Père biologique

---

Autres parents ou gardiens (spécifiez):

---

Frères/Sœurs:

---

Autres membres de famille:

---

Ami(e)s:

---

Romantique:

---

Collègues ou camarades de classe:

---

Nombre total de relations proches et de soutien:

---

## ÉVÉNEMENTS DE VIE STRESSANTS

S'il vous plaît décrire les événements importants ou stressants que votre enfant vit actuellement:

	Non	Oui	Si oui, s'il vous plaît décrire
Un déménagement ou un changement récent à l'école?			
Abus ou négligence parentale?			
Intimidation ou isolement?			
Difficultés académiques?			
Problèmes de poids?			
Préoccupations liées à l'orientation sexuelle?			
Automutilation?			
Perte d'un être cher ou d'un animal de compagnie?			
Conflit familial?			
Séparation ou divorce?			
Autre?			

**Quels sont les forces et qualités positives de votre enfant? Quelles qualités l'ont aidées à surmonter des difficultés dans le passé?**

**Parlez-nous des intérêts de votre enfant (sports, loisirs, talents, etc.)**

**Votre enfant reconnaît-il l'importance du problème pour lequel il cherche de l'aide?**

**Quels sont les objectifs de thérapie pour votre enfant? Que voudriez-vous accomplir en assistant à une thérapie?**

**Quelles inquiétudes avez-vous à propos de votre enfant qui suit un traitement ou travaille sur ces problèmes?**

**Voudriez-vous mentionner autre chose?**

### 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. Divulgaration 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: \_\_\_\_\_



[www.blakepsychology.com](http://www.blakepsychology.com)

Tel: 514-319-1744

Fax: 1-877-417-4420