

Date d'ouverture du dossier: _____

Formulaire d'admission pour thérapie familiale
Remplir individuellement

Prénom: _____ Nom: _____

Age: _____ Jour de naissance: _____ Mois: _____ Année: _____

Groupe ethnique: _____ Religion: _____ État civil: _____

Genre: _____ Nombre d'enfants: _____ Âges des enfants: _____

Adresse du domicile: _____

Avec qui vivez-vous? _____

Cellulaire : _____ Tél. maison: _____

Tél. travail : _____ Courriel: _____

Personne à contacter pour urgence: _____ Téléphone: _____

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 NOTRE 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:

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 **déjà reçu une thérapie familiale**? Si oui, pour quelles difficultés? Oui Non

Si oui, quand: _____ Où: _____

Par qui: _____ Longueur du traitement: _____

Problèmes traités: _____

Est-ce que le résultat fût satisfaisant? Très Peu Pas de changement Pire

Avez-vous déjà suivi une **thérapie individuelle**? Oui Non

Si oui, veuillez donner un bref aperçu des problématiques discutées _____

HABITUDES DE VIE

S'il vous plaît décrire vos **habitudes de vie actuelles** 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?			

QUESTIONS SUR VOTRE FAMILLE

Qualifiez votre relation avec votre famille: (distante) 1 2 3 4 5 (proche)

Quel est votre niveau d'entente avec votre famille: (mauvaise) 1 2 3 4 5 (excellente)

Quelles sont les **règles de votre famille**? _____

Quelles sont **vos attentes** pour la thérapie: _____

Quels sont vos **objectifs de thérapie** (sélectionnez ceux qui s'appliquent):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Meilleure communication | <input type="checkbox"/> Résolution de conflit | <input type="checkbox"/> Compétences parentales |
| <input type="checkbox"/> Résolution de problème | <input type="checkbox"/> Sécurité émotionnelle | <input type="checkbox"/> Sécurité physique |
| <input type="checkbox"/> Plus de temps de qualité | <input type="checkbox"/> Conflits individuels résolus | <input type="checkbox"/> Autonomie |
| <input type="checkbox"/> + de respect / bonne entente | <input type="checkbox"/> Moins de jeux de pouvoir | <input type="checkbox"/> Plus de passe-temps |
| <input type="checkbox"/> Discipline plus souple | <input type="checkbox"/> Meilleur partage des tâches ménagères | <input type="checkbox"/> Changer le comportement des enfants |
| <input type="checkbox"/> Autres (spécifier): | | |

Qu'avez-vous tenté pour résoudre ces problématiques? _____

Qui a eu l'idée de consulter? _____

Quel a été l'élément déclencheur pour venir consulter? _____

Quelles sont les **plus grandes forces** de votre famille?

Veuillez faire 3 suggestions d'actions que vous pourriez mettre en œuvre **de votre côté** pour améliorer vos relations familiales: _____

Est-ce que certains membres de votre famille **consomment de l'alcool ou des drogues** à un point de s'intoxiquer? Oui Non

Si oui, quelles drogues ou alcool? _____

Est-ce que votre famille **risque de se séparer**? Oui Non Incertain

Si oui, ou incertain, veuillez donner des explications _____

Croyez-vous qu'un membre de votre famille s'est retiré ou s'est découragé d'améliorer la situation?

Oui Non Si oui, qui? _____

Encerchez votre niveau de stress? (Peu stressé) 1 2 3 4 5 (très stressé)

Encerchez le niveau de stress de votre famille? (Peu stressé) 1 2 3 4 5 (très stressé)

Nommez les 3 principales préoccupations que vous avez à propos de votre famille (numéro 1 est la plus problématique):

1. _____
2. _____
3. _____

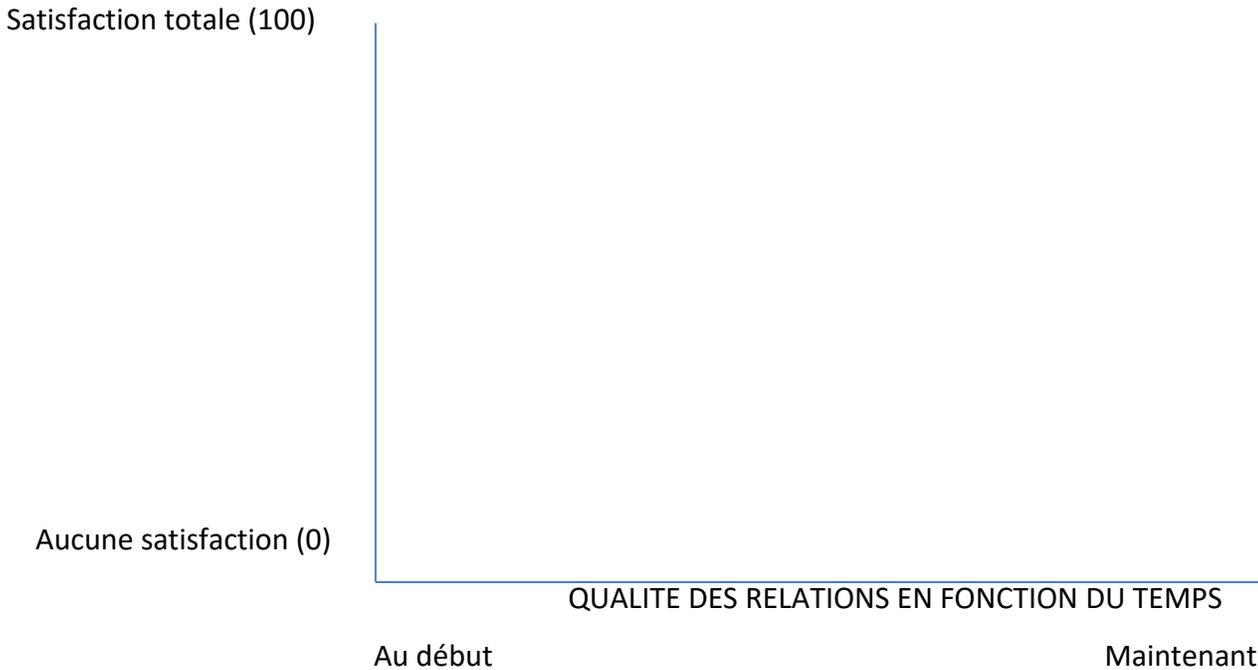
Quelle importance apportez-vous à améliorer vos relations familiales?

(pas important) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très important)

Quelle est votre motivation à travailler sur l'amélioration de vos relations familiales?

(pas motivé) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très motivé)

Enfin, **veuillez dessiner une courbe indiquant votre niveau de satisfaction** envers votre famille en fonction du temps. Indiquez les moments significatifs (naissance d'un enfant, puberté, remariage, etc)



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 s'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: _____

CONSENTEMENT 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: _____