

QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS

SVP complétez le questionnaire d'informations dans les meilleurs délais.

Nom du client(e): _____ Date: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Code postal: _____

Téléphone à la maison: _____ Pouvons-nous laisser un message? O / N

Téléphone au bureau: _____ Pouvons-nous laisser un message? O / N

Téléphone cellulaire: _____ Pouvons-nous laisser un message? O / N

Courriel: _____

Âge: _____ Date de naissance (ANNÉE/MOIS/JOUR): _____

Occupation/Profession: _____

Statut conjugal: célibataire marié(e) relation à long terme/cohabitation/union libre séparé(e)
divorcé(e) famille recomposée veuf(ve)

Nombre d'enfants: _____ Âge des
enfants: _____

Information concernant le parent si le/la client(e) est âgé(e) de 16 ans ou moins:

Nom de la mère/belle-mère: _____

Téléphone: _____

Occupation/profession de la mère/belle-mère : _____

Nom du père/beau-père: _____

Téléphone: _____

Occupation/profession du père/beau-père: _____

Type de garde: _____

Année scolaire du/de la client(e): _____

École : _____

Qui vous a référé? _____ Moi-même

Qui est votre médecin de famille? _____

Lieu du bureau de votre médecin: _____

Quel type de service psychologique avez-vous (votre enfant) déjà reçu dans le passé?

Médicaments pris par le/la client(e) présentement:

Conditions/problèmes de santé affectant le/la client(e)
présentement: _____

Raisons principales pour obtenir des services présentement:

Veillez encercler les difficultés au(x)quelle(s) vous (votre enfant) faites face présentement:

Anxiété	Nervosité	Problèmes sociaux	Amis
Attaques de panique	Rituels	Stress	Gêne
Cauchemars	Trauma	Peur	Relaxation
Tristesse	Pensées suicidaires	Estime de soi	Dépression
Mémoire	Concentration	Irritabilité	Désespoir
Drogue	Alcool	Problèmes sexuels	Niveau d'énergie
Contrôle de soi	Colère	Performance	Perfectionnisme
Sommeil	Appétit	Douleur	Santé
Maux d'estomac	Nausée	Maux de tête	Prise de décision
Choix de carrière	Problèmes légaux	Famille	Divorce
Séparation	Éducation	Travail	Enfants
Parenting	Deuil	Sexualité	Nourrir enfant
Apprentissage propreté développement	Comportement défiant	Attention	Trouble du
Auto-mutilation interpersonnelle	Bullying	Harcèlement	Violence
Douance	Problème scolaire	Retard développemental	
Comportement de gavage	Comportements d'élimination	Restriction alimentaire	
Difficultés interpersonnelles	Difficultés conjugales	Adaptation à la recomposition familiale	

A quel(s) moment(s) avez-vous (votre enfant) fait face à des problèmes de santé mentale dans le passé?

De _____ à _____ Quel type de problème?

De _____ à _____ Quel type de problème? _____ De _____ à _____ Quel

type de problème? _____ De _____ à _____

Quel type de problème? _____ De _____ à _____

_____ Quel type de problème? _____

A quel âge est-ce que vos difficultés (celles de votre enfant) ont-elles commencé?

À quand remonte un temps où vous étiez (votre enfant) sans symptôme?

Autres informations importantes à communiquer à votre thérapeute avant la première rencontre?
