



Nom

Adresse

Âge

### TÉLÉPHONES

Maison

Cellulaire

Travail

Courriel

### EST-CE QU'ON PEUT LAISSER UN MESSAGE?

Oui  Non

Oui  Non

Oui  Non

Oui  Non

### PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom

Tél.

## 1. SANTÉ

Date de naissance JJ  MM  AAAA

Endroit de naissance \_\_\_\_\_

Vous considérez-vous en santé en général? \_\_\_\_\_

À quand remonte votre dernier examen médical, et quels en ont été les résultats?

---

---

---

Santé/maladies pendant l'enfance/adolescence :

---

---

---

Avez-vous eu des chirurgies ou accidents?

---

---

---

Souffrez-vous d'une maladie chronique?

---

---

---

Listez les troubles de santé dont vous souffrez et les médicaments que vous prenez pour leur traitement :

---

---

---

---

---

---

Comment est votre sommeil? \_\_\_\_\_

Comment est votre appétit? \_\_\_\_\_

## HABITUDES

Fumez-vous des cigarettes?  Oui  Non

Si oui, combien par jour? \_\_\_\_\_

Depuis quand fumez-vous? \_\_\_\_\_

Buvez-vous de l'alcool?  Oui  Non

Si oui, combien? \_\_\_\_\_

Est-ce que votre partenaire bois de l'alcool?  Oui  Non

Si oui, combien? \_\_\_\_\_

Prenez-vous des drogues sur une base régulière?  
(drogues et/ou médicaments non-prescrits)  Oui  Non

Si oui, combien? \_\_\_\_\_

## 2. FAMILLE D'ORIGINE

### PÈRE

Nom  Âge  Travail

Santé (si décédé : circonstances et comment cela vous a affecté) :

\_\_\_\_\_

Décrivez la personnalité de votre père et la nature de votre relation avec lui, passée et présente :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### MÈRE

Nom  Âge  Travail

Santé (si décédée : circonstances et comment cela vous a affecté) :

\_\_\_\_\_

Décrivez la personnalité de votre mère et la nature de votre relation avec elle, passée et présente :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## FRÈRES ET SOEURS

Nom	<input type="text"/>	Âge	<input type="text"/>	Travail	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Âge	<input type="text"/>	Travail	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Âge	<input type="text"/>	Travail	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Âge	<input type="text"/>	Travail	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Âge	<input type="text"/>	Travail	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Âge	<input type="text"/>	Travail	<input type="text"/>

Décrivez votre relation avec vos frères et soeurs (passée et présente) :

---

---

---

Est-ce qu'il y a d'autres adultes qui ont joué un rôle majeur dans votre développement?  Oui  Non

Si oui, comment?

---

---

Décrivez l'atmosphère dans la maison de votre enfance :

---

---

---

Décrivez-vous lorsque vous étiez enfant :

---

---

---

Est-ce que des membres de votre famille ont souffert ou souffrent d'alcoolisme ou d'abus de drogue ou d'une maladie mentale?

---

Décrivez des expériences qui vous ont fait peur ou vous ont traumatisé ou causé de la détresse, et qui n'ont pas encore été mentionnées.

---

---

---

### 3. TRAVAIL ET ÉDUCATION

Quel est votre niveau d'éducation? \_\_\_\_\_

Aimiez-vous l'école lorsque vous étiez enfant/adolescent? \_\_\_\_\_

Réussissiez-vous bien? \_\_\_\_\_

Entriez-vous facilement en relation avec les autres enfants/adolescents? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà souffert d'intimidation ou vous a-t-on donné des surnoms? \_\_\_\_\_

Quel travail faites-vous? \_\_\_\_\_

Qu'est-ce que vous aimez de votre travail? \_\_\_\_\_

Est-il stressant? \_\_\_\_\_

Si oui, qu'est-ce qui est stressant : les relations de travail ou le travail en soi? \_\_\_\_\_

Avez-vous tendance à remettre au lendemain? \_\_\_\_\_

### 4. RELATIONS AMOUREUSES

Êtes-vous dans une relation amoureuse présentement? \_\_\_\_\_

Vous êtes avec votre partenaire depuis combien de temps? \_\_\_\_\_

Cohabitez-vous avec votre partenaire? \_\_\_\_\_

Êtes vous marié(e)s? \_\_\_\_\_

Quel âge a votre partenaire? \_\_\_\_\_

Quel est son travail? \_\_\_\_\_

Décrivez la personnalité de votre partenaire : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quels sont les domaines de compatibilité? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quels sont les domaines d'incompatibilité? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Combien d'enfants avez-vous (veuillez lister)? \_\_\_\_\_

Vivent-ils avec vous? \_\_\_\_\_

Décrivez l'atmosphère dans votre famille : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Donnez de l'information sur les mariages précédents ou des relations à long-terme :

---

---

---

## 5. DESCRIPTION DE SOI

Comment vous décririez-vous? \_\_\_\_\_

---

---

---

Quelles situations vous font sentir calme et détendu(e)? \_\_\_\_\_

---

---

---

Comment vous relaxez-vous? \_\_\_\_\_

---

---

---

Quelles situations vous font sentir agité(e), apeuré(e), inquiet(e) ou vous font paniquer? \_\_\_\_\_

---

---

---

Que faites-vous pour gérer vos émotions? \_\_\_\_\_

---

---

---

Qu'aimez-vous le plus de vous? \_\_\_\_\_

---

---

---

Qu'aimez-vous le moins de vous? \_\_\_\_\_

---

---

---

Intérêts, hobby, activités, passés et courants : comment passez-vous votre temps libre? \_\_\_\_\_

---

---

---

Faites-vous de l'exercice? \_\_\_\_\_

---

---

---

Vous faites-vous des amis facilement? \_\_\_\_\_

Les gardez-vous? \_\_\_\_\_

## 6. PROBLÈME(S) COURRANT(S)

Cette section pourrait contenir des questions déjà discutées dans l'entrevue verbale, mais veuillez voir ceci comment une opportunité pour réfléchir et ajouter des informations que vous n'avez peut-être pas eu la chance de partager dans l'entrevue.

Décrivez la nature du problème pour lequel vous êtes venu(e) chercher de l'aide à la clinique :

---

---

---

Décrivez l'historique et le développement du problème de son commencement jusqu'à maintenant :

---

---

---

---

---

Comment vous affecte-t-il (au travail, avec votre famille, à l'école)?

---

---

---

Sur une échelle de 0 à 10, 10 étant le plus sévère, quelle est la sévérité de votre problème? \_\_\_\_\_

Qu'est-ce qui améliore le problème? \_\_\_\_\_

---

---

Qu'est-ce qui empire le problème? \_\_\_\_\_

---

---

Quand vous êtes-vous bien senti(e) pour la dernière fois physiquement et mentalement?

---

---

Avez-vous déjà cherché de l'aide professionnelle pour ce problème? \_\_\_\_\_

Cela vous a-t-il aidé?

---

---

---

Avez-vous déjà cherché de l'aide professionnelle pour d'autres problèmes?

---

---

Qu'est-ce qui vous a fait décider d'aller chercher de l'aide maintenant?

---

---

## 7. THÉRAPIE

Qu'est-ce qui constitue une bonne thérapie? Quel est le rôle du thérapeute et quel est votre rôle?

---

---

---

Quels traits de personnalité et caractéristiques devrait posséder un bon thérapeute?

---

---

Comment décririez-vous une bonne interaction entre un bon thérapeute et sa/son client?

---

---

Que pensez-vous que cette thérapie va vous apporter et combien de temps devrait-elle durer?

---

---

Avez-vous d'autre(s) peur(s) qui n'a pas encore été mentionnée(s)? \_\_\_\_\_

---

---

Comment est votre estime de soi ou confiance en soi? \_\_\_\_\_

Êtes-vous capable de vous affirmer? \_\_\_\_\_

---

---

Qui vous a référé à la clinique? \_\_\_\_\_

---

---



Comment a-t-il/elle su que vous pourriez bénéficier d'une thérapie cognitive comportementale, et que vous a-t-il/elle dit de cette forme de thérapie?

Si vous n'avez pas été référé(e), comment nous avez-vous trouvé? \_\_\_\_\_

Comment avez-vous su que la thérapie cognitive comportementale pourrait vous être bénéfique?

Avez vous un médecin de famille ou un psychiatre? \_\_\_\_\_

Si oui, quel est son nom? \_\_\_\_\_

Aimeriez-vous que nous soyons en contact avec lui/elle?  
(ou un autre professionnel impliqué dans vos soins de santé) \_\_\_\_\_

Si oui et si vous ne l'avez pas encore fait, s'il vous plaît, écrivez ses coordonnées ici :

## 8. DISPONIBILITÉS

Veuillez s'il vous plaît indiquer quelles sont vos disponibilités pour vos séances de thérapie. Nous vous prions de nous donner le plus de disponibilités possible. Par contre, veuillez noter que des frais de \$20 extra par séance sont appliqués pour les séances tenues en soirée (à partir de 17h00).

Lundis : \_\_\_\_\_

Jeudis : \_\_\_\_\_

Mardis : \_\_\_\_\_

Vendredis : \_\_\_\_\_

Mercredis : \_\_\_\_\_

## 9. ASSURANCE DE LA QUALITÉ

Votre satisfaction nous tient à cœur et nous voulons que votre expérience à notre clinique soit des plus positives. Afin de nous aider à vous offrir la meilleure qualité de soins possible, nous aimerions pouvoir vous contacter dans les mois qui suivront votre évaluation pour vous poser quelques questions portant sur la qualité des services reçus. Ces appels sont faits exclusivement par la directrice de la clinique, Dre. Luisa Cameli et/ou la coordonatrice, Mme Ronit Milo, et ne devraient prendre qu'une dizaine de minutes à un moment qui vous convient. Les informations recueillies resteront confidentielles et votre thérapeute recevra le résultat compilé de plusieurs clients (ex. ponctualité: 9/10) et une liste de commentaires de plusieurs clients.

Je consens à être contacté(e) : \_\_\_\_\_ (signature)