

Questionnaire d'accueil pour les nouveaux clients

Ce questionnaire a pour but de recueillir des renseignements pour adapter les services à vos besoins afin de pouvoir mieux vous servir. En complétant ce questionnaire de manière aussi complète et précise que possible, vous faciliterez le développement de votre programme thérapeutique.

Veuillez noter que tous les renseignements recueillis dans ce questionnaire sont conformes à la politique de confidentialité définie dans le formulaire de consentement que vous avez signé et est donc confidentiel.

Date : _____

Renseignements généraux

Prénom _____

Nom de famille _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Genre _____

Emploi _____

Scolarité _____

Numéros de téléphone:

Maison _____

Messages acceptés Oui Non

Portable _____

Messages acceptés Oui Non

Travail _____

Messages acceptés Oui Non

Si vous avez des enfants:

Nombre d'enfants _____

Quels âges ont-ils? _____

Combien habitent avec vous? _____

État civil:

Quel est votre état civil? _____

Si vous avez un(e) conjoint(e):

Depuis quand êtes-vous ensemble? _____

Habitez-vous ensemble? Oui Non Si oui, depuis quand? _____

Âge de votre conjoint _____

Emploi de votre conjoint _____

Renseignements médicaux

Nom de votre médecin de famille _____

Numéro de téléphone de votre médecin de famille _____

Adresse de votre médecin de famille _____

Veillez énumérer toutes vos conditions médicales _____

Veillez énumérer tous les médicaments que vous prenez en ce moment (sur ordonnance ou non), y compris la dose et la fréquence

Médicament	Dose	Fréquence

Consommez-vous des drogues récréatives ?

Oui Non

Si vous consommez des drogues récréatives, veuillez les énumérer, y compris la fréquence

Drogue récréative	Fréquence

Consommez-vous de l'alcool?

Oui Non Si oui, à quelle fréquence? _____

Renseignements cliniques

Quels sont vos motifs de consultation ou la nature de vos préoccupations?

Depuis combien de temps cette problématique persiste-t-elle?

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour des troubles psychologiques? Oui Non

Si vous avez été hospitalisé(e) pour des troubles psychologiques, indiquez les dates, la durée et la nature de ces troubles psychologiques

Date	Durée	Trouble psychologique

Avez-vous vécu l'un des événements suivants?

Maltraitance physique	Oui	Non	Maltraitance émotionnelle	Oui	Non	Agression sexuelle	Oui	Non
Maltraitance psychologique	Oui	Non	Négligence	Oui	Non	Violence familiale	Oui	Non
Témoin d'un acte criminel	Oui	Non	Acte criminel	Oui	Non	Abus de substance d'un parent	Oui	Non
Maladie d'un proche	Oui	Non	Problèmes psychologiques d'un parent	Oui	Non	Perte d'un proche	Oui	Non
Déracinement de la famille	Oui	Non	Aide à l'enfance / protection de l'enfance	Oui	Non	Harcèlement / Intimidation / Taxage	Oui	Non

Renseignements à l'égard du réseau social

Avez-vous quelqu'un avec qui vous pouvez partager des problématiques personnelles? Oui Non

Appartenez-vous à des groupes, des organisations ou des clubs? Oui Non

Faites-vous du sport ou des activités physiques? Oui Non

Si vous faites des sports ou des activités physiques, veuillez les énumérer
