



## Formulaire de demande de coaching ou de thérapie Pour couples et familles

<b>Nom et prénom</b>	
<b>Nom et prénom du conjoint(e)</b>	
<b>J'aimerais consulter pour un service de :</b>	<input type="checkbox"/> Coaching de couple <input type="checkbox"/> Coaching de famille <input type="checkbox"/> Thérapie conjugale <input type="checkbox"/> Thérapie familiale  <p style="font-size: small;">Veuillez-vous référer pour les définitions de ces services ici : <a href="http://www.institut-victoria.ca/1_3_0_ther_conj_fam.htm">http://www.institut-victoria.ca/1_3_0_ther_conj_fam.htm</a></p>
<b>Quelles sont les principales raisons de consultation ?</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Quelles sont vos attentes face à la psychothérapie ou au coaching ?</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Vous êtes référé par :</b>	<input type="checkbox"/> Moi même <input type="checkbox"/> Mon conjoint (e) <input type="checkbox"/> Un professionnel de la santé <input type="checkbox"/> Autre :

<b>Genre</b>	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre : _____																														
<b>Dans quelle langue préférez-vous recevoir le service ?</b>	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français ou anglais indifféremment																														
<b>Adresse postale</b>	Rue _____ Ville _____ Code postal _____																														
<b>Numéros de tels</b>	Domicile : _____ Cellulaire : _____ Autre (précisez) : _____  S'il n'est pas possible de laisser un message confidentiel sur une ou toutes les boîtes vocales, prière de bien vouloir préciser laquelle ou lesquelles. _____																														
<b>Adresse courriel</b>	_____@_____																														
<b>Statut civil</b>	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Séparé (e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Autre _____																														
<b>Enfant(s) nés/adoptés de l'union actuelle</b>	<table border="1" data-bbox="342 1451 1203 1759"> <thead> <tr> <th></th> <th>Garçon</th> <th>Fille</th> <th>Autre</th> <th>Age</th> <th>Année scolaire</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfant 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfant 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfant 3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfant 4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <input type="checkbox"/> Non applicable		Garçon	Fille	Autre	Age	Année scolaire	Enfant 1						Enfant 2						Enfant 3						Enfant 4					
	Garçon	Fille	Autre	Age	Année scolaire																										
Enfant 1																															
Enfant 2																															
Enfant 3																															
Enfant 4																															

<b>Enfant(s) nés/adoptés d'une union précédente</b>		Garçon	Fille	Autre	Age	Année scolaire	Garde partagée ?
	Enfant 1						
	Enfant 2						
	Enfant 3						
	Enfant 4						
	<input type="checkbox"/> Non applicable						
<b>Quelles sont les personnes qui résident dans le domicile familiale ?</b>	<hr/> <hr/>						
<b>Occupation et sources de revenus</b>	<input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Employé salarié <input type="checkbox"/> Travailleur Autonome <input type="checkbox"/> Prestataire de l'assurance-emploi <input type="checkbox"/> Prestataire de l'aide sociale <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi <input type="checkbox"/> Autre _____						
<b>Scolarité</b>	S'il vous plaît, cochez le niveau complété le plus élevé:  <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Diplôme d'étude professionnel <input type="checkbox"/> CEGEP <input type="checkbox"/> Université / Baccalauréat <input type="checkbox"/> Université / Maîtrise <input type="checkbox"/> Université / Doctorat						

**Êtes-vous suivi par un médecin de famille ?**

Oui  Non

Nom et institution

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Êtes-vous suivi par un psychiatre ?**

Oui  Non

Nom et institution

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Êtes-vous présentement suivi ou avez-vous déjà été suivi par un psychologue ou psychothérapeute ?**

Oui  Non

Date du début du suivi (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fréquence (p. ex., hebdomadaire, mensuel, rencontres ponctuelles) : \_\_\_\_\_

Nom du psychologue et de l'institution \_\_\_\_\_

Oui, dans le passé  Non

Date du début du suivi (AAAA/MM) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date de fin du suivi (AAAA/MM) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fréquence (p. ex., hebdomadaire, mensuel, rencontres ponctuelles) :

\_\_\_\_\_

Nom du psychologue et de l'institution \_\_\_\_\_

**Avez-vous reçu un diagnostic en santé mentale ?**

Oui                       Non

Si oui, lequel? : \_\_\_\_\_

Si oui, par quel professionnel? : \_\_\_\_\_

**Prenez vous des médicaments ?**

Oui                       Non

Médicament(s) et dosage quotidien      \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà été hospitalisé(e) en psychiatrie ?**

Oui                       Non

Date approximative (AAAA/MM)	Durée	Motif

**Problèmes de santé physique ou maladies chroniques ou dégénératives ?**

Oui                       Non

Si Oui, lesquels ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Séjour(s) interne(s) en cure de désintoxication ?**

Oui                       Non

Date approximative (AAAA/MM)	Durée

**Suivi(s) externe(s) en centre de réadaptation alcool/drogues/autres dépendances ?**

Oui                       Non

Date approximative (AAAA/MM)	Durée

**Avez-vous déjà eu des démêlés avec la justice ?**

Oui                       Non

Date approximative (AAAA/MM)	Durée