

## Questionnaire à compléter en entier

### 1) Renseignements généraux

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>																				
<b>Genre</b>	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>																				
<b>Langue(s) parlée(s)</b>																					
<b>Adresse postale</b>	Rue _____ Ville _____ Code postal _____																				
<b>Numéro(s) de téléphone</b>	Domicile : _____ Cellulaire : _____ Autre (précisez) : _____																				
<b>Adresse courriel</b>																					
<b>Date de naissance (AAAA/MM/JJ)</b>	_____ / _____ / _____																				
<b>Statut civil</b>	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)																				
<b>Enfant(s)</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 25%;">Garçon</th> <th style="width: 25%;">Fille</th> <th style="width: 35%;">Année de naissance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfant 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfant 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfant 3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfant 4</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <input type="checkbox"/> Non applicable		Garçon	Fille	Année de naissance	Enfant 1				Enfant 2				Enfant 3				Enfant 4			
	Garçon	Fille	Année de naissance																		
Enfant 1																					
Enfant 2																					
Enfant 3																					
Enfant 4																					

<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																												
<b>Scolarité</b>	<p>S'il vous plaît, cochez la case qui s'applique à votre situation :</p> <table border="1" data-bbox="803 401 1369 732"> <thead> <tr> <th></th> <th>Complété</th> <th>En cours</th> <th>Non complété</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Secondaire</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diplôme d'étude professionnel</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CEGEP</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Université / Baccalauréat</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Université / Maîtrise</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Université / Doctorat</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Complété	En cours	Non complété	Secondaire				Diplôme d'étude professionnel				CEGEP				Université / Baccalauréat				Université / Maîtrise				Université / Doctorat			
	Complété	En cours	Non complété																										
Secondaire																													
Diplôme d'étude professionnel																													
CEGEP																													
Université / Baccalauréat																													
Université / Maîtrise																													
Université / Doctorat																													

## 2) Suivi médical et / ou psychologique

<p><b>Êtes-vous suivi par un médecin de famille ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui Nom et adresse _____  _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p>
<p><b>Êtes-vous suivi par un psychiatre ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui Nom et adresse _____  _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p>
<p><b>Êtes-vous suivi par un autre médecin spécialiste ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui Nom et adresse _____  _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p>

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

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

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

\_\_\_\_\_

Nom et adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Non

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

Oui  Non

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

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

**Avez-vous reçu un diagnostic neuropsychologique ou neurodéveloppemental ?**

(p. ex., TDAH, dyslexie, asperger, dysphasie)

Oui  Non

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

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

**Prenez-vous des médicaments ?  Oui  Non**

Médicament(s)	Dosage (total 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

Date approximative (AAAA/MM)	Durée

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

Date approximative (AAAA/MM)      Durée

Date approximative (AAAA/MM)	Durée

**Suivi(s) antérieur(s) avec un psychologue ou psychothérapeute ?**  Oui  Non

Date approximative (AAAA/MM)      Durée

Date approximative (AAAA/MM)	Durée

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

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

**Séjour(s) en détention ?**  Oui  Non

Date approximative (AAAA/MM)      Durée

Date approximative (AAAA/MM)	Durée

3) **Raisons de consultation et attentes**

**Avez-vous une préférence pour le statut du psychothérapeute qui assurera votre suivi?**

**Merci de cocher toutes les catégories qui vous conviennent :**

- Psychologue seulement (membre de l'Ordre des psychologues du Québec – OPQ)
- Psychothérapeute autre que psychologue (détenant un permis de psychothérapeute de l'OPQ)
- Stagiaire doctorant de psychologie
- Stagiaire psychologue diplômé à l'étranger
- Stagiaire sénior

**Veillez-vous référer au [www.institut-victoria.ca](http://www.institut-victoria.ca) – Professionnels affiliés pour les définitions.**

**Merci de résumer en quelques lignes les raisons pour lesquelles vous souhaitez consulter**

**Quelles sont vos attentes face à la psychothérapie?**

**Comment avez-vous entendu parler de l'Institut Victoria?**

Si vous êtes adressé(e) par un(e) professionnel(le) de la santé, nom et titre du référant :

**Merci de noter toute autre information pertinente**