



QUESTIONNAIRE PRÉALABLE À LA CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE

Ce questionnaire est préliminaire à l’entrevue d’accueil, qui est l’occasion de faire le point sur votre situation. Pour bien cerner vos besoins et comprendre vos difficultés en vue d’une référence pour une psychothérapie ou vers toute autre ressource appropriée, l’intervenant reviendra dans le détail sur plusieurs points que vous aurez abordés dans le questionnaire.

À la suite de l’entrevue d’accueil, vous recevrez un courriel vous invitant à nous faire un bref suivi de votre demande de consultation.

Soyez assuré de la confidentialité du traitement de votre dossier.

Préalablement, veuillez nous fournir quelques renseignements d’ordre courant :

1. Avez-vous adhéré à l’assurance santé offerte par l’université (**AGÉ-UQTR**) lors de votre inscription (celle-ci couvre les services psychologiques)? **Oui** **Non**

2. Bénéficiez-vous d’une assurance privée personnelle, avec un parent ou conjoint(e)?
Oui **Non**

Si oui, quel est le montant de la couverture par année et le pourcentage des honoraires remboursés par séance de thérapie? (Cette information nous est nécessaire pour évaluer votre situation.)

3. Disposez-vous d’une automobile pour vous déplacer? _____

4. Avez-vous été référé(e) par quelqu’un? **Oui** **Non**
Si oui, par qui? _____

Veuillez nous aviser au moins 24 heures à l’avance si vous ne pouvez vous présenter au rendez-vous en téléphonant au (819) 376-5011, poste 6056.

ENTREVUE D’ACCUEIL : _____
Consultant(e) ou psychologue

_____ **Local 1261 pavillon Albert-Tessier**

Date Heure

Date d’ouverture du dossier : _____ Numéro de dossier : _____

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : M F Autre Préciser : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

N° de téléphone (actuel) _____ (permanent) _____ (cell.) _____

Est-il possible de laisser un message dans votre boîte vocale? _____

Adresse courriel : _____

Code permanent : _____ Campus Trois-Rivières Campus Drummondville Hors campus

Statut d'étudiant : Temps plein Temps partiel

Provenance de l'étudiant : Collégial Université Marché de l'emploi

Programme dans lequel vous êtes inscrit : _____

Niveau : Certificat Baccalauréat Maîtrise Doctorat Année ¹ ² ³ ⁴ ⁵

Avec qui vivez-vous en ce moment?

Depuis combien de temps? _____

Seul	Parents	Colocataires	Conjoint

État civil : Célibataire Conjoint(e) de fait Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e)

Autre : _____

Pays d'origine : _____

Statut au Canada : Citoyen canadien Résident permanent / immigrant reçu Étudiant international régulier

Étudiant international en programme d'échange

Religion d'origine : _____

MOTIFS DE CONSULTATION, HISTORIQUE DES DIFFICULTÉS ET DÉMARCHES

Quels sont les principaux motifs qui vous amènent à faire une demande de consultation psychologique?

S'agit-il d'un problème récent? Oui Non Depuis quand vivez-vous ces difficultés? _____

Décrivez l'historique de vos difficultés jusqu'à maintenant :

Selon votre jugement, quelle est la gravité de votre difficulté principale, sur une échelle de 1 à 5? _____

Comment comprenez-vous ce qui vous a amené à vivre les difficultés pour lesquelles vous consultez?

Qu'avez-vous entrepris jusqu'à maintenant pour résoudre cette situation?

Avez-vous déjà consulté ou consultez-vous un psychologue ou un autre intervenant? Oui Non

Si oui, décrivez l'historique de vos consultations

Année	Durée	Approche thérapeutique (si connue)	Raisons de l'arrêt de la démarche	Votre perception des effets de la démarche

Quelles sont vos attentes par rapport à cette démarche?

Quels sont les aspects de votre vie qui fonctionnent bien malgré vos difficultés?

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

Décrivez l'histoire de votre santé, de votre enfance jusqu'à maintenant, en indiquant les handicaps, les accidents et maladies graves, les interventions chirurgicales importantes, les avortements ou fausses-couches, l'âge où ils sont survenus et les séquelles de ceux-ci :

Âge	Handicap, maladie sérieuse, accident, opération, ...	Séquelles actuelles

Décrivez les maladies physiques et psychologiques, handicaps et événements importants concernant la santé de votre famille.

Personne	Handicap, maladie sérieuse, accident, opération, ...	Conséquences sur la famille

Comment considérez-vous certains aspects de votre état de santé?

	Très satisfaisant	Assez satisfaisant	Problèmes mineurs	Problèmes majeurs
Alimentation				
Poids				
Sommeil				
Énergie				
Concentration				

Êtes-vous aux prises avec les difficultés suivantes :

Type de problème	Non	Mineur	Modéré	Sérieux	Très sérieux	Soins reçus : médication, psychologue, psychiatre, hospitalisation	Âge au début; durée du problème
Stress, anxiété							
Dépression							
Variations d'humeur							
Psychosomatisation							
Anorexie-boulimie							
Autre diagnostic psychologique							

Prenez-vous des médicaments? (nom, posologie, date de début et date de fin) : _____

Vous est-il arrivé d'avoir des pensées suicidaires : Oui Non Si oui, quand et quelles étaient ces pensées?

Avez-vous déjà fait une (ou plusieurs) tentative(s) de suicide? Oui Non

Si oui, quand? _____

Quelles sont vos habitudes et vos comportements de consommation :

	Quantité et fréquence	Satisfaction face à votre comportement
Boissons alcoolisées		
_____	_____	Très satisfaisant <input type="checkbox"/>
_____	_____	+ ou - satisfaisant <input type="checkbox"/>
_____	_____	Insatisfaisant <input type="checkbox"/>
Drogues		
_____	_____	Très satisfaisant <input type="checkbox"/>
_____	_____	+ ou - satisfaisant <input type="checkbox"/>
_____	_____	Insatisfaisant <input type="checkbox"/>
Jeu		
_____	_____	Très satisfaisant <input type="checkbox"/>
_____	_____	+ ou - satisfaisant <input type="checkbox"/>
_____	_____	Insatisfaisant <input type="checkbox"/>
Cyberdépendance		
_____	_____	Très satisfaisant <input type="checkbox"/>
_____	_____	+ ou - satisfaisant <input type="checkbox"/>
_____	_____	Insatisfaisant <input type="checkbox"/>

S'il y a lieu, décrivez ce qui est insatisfaisant dans votre comportement :

ÉTUDES, TRAVAIL ET LOISIRS

Décrivez votre parcours scolaire, les changements, les temps d'arrêt, d'insertion sur le marché de l'emploi. Expliquez les raisons des changements, s'il y a lieu. Utilisez le verso de la feuille au besoin.

Avez-vous un diagnostic de : TDA TDAH Trouble d'apprentissage Lequel? _____

Travaillez-vous en dehors de vos études? Oui Non Si oui, nature de l'emploi? _____

Nombre d'heures par semaine : _____

HISTOIRE ET RELATIONS FAMILIALES

Famille d'origine :

Indiquez le rang ou le rôle, l'âge, l'occupation des membres de votre famille d'origine et décrivez les caractéristiques personnelles de chacun ainsi que la relation que vous avez avec ces personnes :

Rôle	Âge	Occupation	Caractéristiques	Relation actuelle avec cette personne
Père	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Mère	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Fratrie :	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

Famille actuelle :

Si vous avez un conjoint et/ou des enfants, indiquez le sexe, l'âge, l'occupation des membres de votre famille actuelle et décrivez les caractéristiques personnelles de chacun ainsi que la relation que vous avez avec ces personnes :

Rôle	Âge – Sexe	Occupation	Caractéristiques	Relation actuelle avec cette personne
	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____

Y a-t-il eu un ou des décès dans votre famille?

Oui Non

Si oui, de qui s'agit-il et quel âge aviez-vous au moment du décès? _____

Vos parents sont-ils séparés ou divorcés?

Oui Non

Quel âge aviez-vous au moment de la rupture? _____

Avec lequel de vos parents avez-vous habité? _____ Avec ou sans conjoint? _____

À quelle fréquence rencontriez-vous l'autre parent? _____

Quelles ont été pour vous les conséquences de la séparation ou du divorce?

Quelles impressions gardez-vous de l'atmosphère familiale dans laquelle vous avez grandi?

RELATIONS AMOUREUSES ET SOCIALES

Avez-vous présentement ou avez-vous déjà eu une relation amoureuse? Oui Non

Décrivez vos relations amoureuses dans l'ordre, à partir de la première, jusqu'à la plus récente.

Âge	Durée de la relation	Raisons de la rupture	Perceptions et sentiments par rapport à cette relation

Est-ce que la sexualité est un aspect de votre vie que vous aimeriez aborder en consultation?

Oui Non

Avez-vous des relations amicales?

Plusieurs Peu Non

Combien de temps par semaine consacrez-vous à vos relations amicales? _____

Parlez de votre satisfaction ou insatisfaction à propos de vos relations amicales.

Pouvez-vous vous confier à une ou des personnes de votre entourage?

Oui Non

Indiquez vos disponibilités pour les rencontres en psychologie :

Signature

Date