

Raison(s) pour la consultation

1A- Quelle(s) est la(les) difficulté(s) pour laquelle vous désirez obtenir de l'aide?

1B- À quand remonte ce(s) problème(s)? Dans quelles circonstances ce(s) problème(s) s'est-il manifesté?

1C- Y a-t-il eu des périodes dans le passé où cette situation s'est considérablement améliorée ou détériorée? Quels sont les facteurs ayant empiré ou amélioré le(s) problème(s)?

1D- Comment expliquez-vous ce qui se passe dans votre vie?

1E- Quelles sont vos attentes en rapport avec la thérapie?

Antécédents de difficultés psychologiques

2A- Avez-vous déjà été très anxieux? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez élaborer :

2B- Avez-vous déjà eu un problème de colère ou d'agression? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez élaborer :

2C- Avez-vous déjà été déprimé? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez élaborer :

2D- Avez-vous déjà songé au suicide, ou à vous blesser physiquement? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

2E- Avez-vous déjà tenté de vous suicider? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

2F- Avez-vous présentement des idées suicidaires? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

2G- Qu'est-ce qui vous a aidé à gérer votre tristesse ou votre dépression dans le passé?

2H- Parlez-nous de toute difficulté relationnelle à laquelle vous devez faire face :

2I- Décrivez tout problème que vous avez eu au cours de votre enfance :

2J- Décrivez tout problème lié au travail ou aux études auquel vous devez faire face :

2K- Décrivez vos stress financiers actuels (p. ex. : comptes impayés qui s'accumulent, dettes familiales, etc.) :

2L- Avez-vous déjà vécu un traumatisme sévère (physique ou psychologique)? Par exemple, un traumatisme pourrait être un événement isolé (tel qu'un accident de voiture) ou un événement répétitif, (tel qu'un abus sexuel). Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates et décrire le ou les événements :

2M- Y a-t-il eu des maladies mentales ou des problèmes d'alcoolisme dans votre famille? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez décrire :

2N- Y a-t-il d'autres problèmes qui vous affectent présentement? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez décrire :

Historique de recherche d'aide

Parlez-nous des professionnels en santé mentale que vous avez consultés dans le passé (dates approximatives, durée du traitement, type de professionnel consulté, description du problème, nature du traitement).

Antécédents médicaux

Veillez énumérer tous les troubles et traitements médicaux actuels :

Trouble(s) actuel(s)	Traitement(s), y compris la médication, les opérations etc.

Énumérez tout trouble ou traitement médical antérieur :

Trouble(s) actuel(s)	Traitement(s), y compris la médication, les opérations etc.

Veillez énumérer tous les médicaments que vous prenez, y compris les vitamines, les remèdes à base de plantes médicinales ou les médicaments en vente libre :

Médicament	Dosage (mg)	Pour quel problème?

Exercice

Activités physiques	Nombre de fois où vous pratiquez cette activité physique par semaine

Sommeil

Combien d'heures dormez-vous par nuit actuellement? _____

Êtes-vous satisfait avec ce nombre d'heures?

Oui Non

Y a t'il eu des modifications récemment dans vos habitudes de sommeil?

Oui Non

Éprouvez-vous des difficultés avec vos habitudes de sommeil ? Oui Non

Éprouvez-vous des difficultés à rester endormi? Oui Non

Éprouvez-vous des difficultés en vous réveillant trop tôt? Oui Non

Éprouvez-vous des difficultés à rester éveillé durant la journée? Oui Non

Dans l'affirmative de l'une de ces questions, veuillez expliquer :

Habitudes alimentaires et de consommation

Veuillez décrire tout trouble alimentaire (consommation excessive en période de stress, manque d'appétit, diètes répétitives, etc.)

Environ combien de fois consommez-vous de l'alcool par semaine? _____

En moyenne, combien de boissons alcoolisées buvez-vous par occasion? _____

Environ combien de cigarettes fumez-vous par jour? _____

Avez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer? Oui Non

Dans l'affirmative, à quand remonte votre dernière tentative d'arrêter?

Utilisation de drogues récréatives (p. ex. : marijuana, cocaïne, etc.)

Substance	Quantité / Fréquence (p. ex. : 1 joint par mois)

Avez-vous déjà pensé que vous aviez un problème de drogues ou d'alcool (présentement ou dans le passé) ou est-ce que quelqu'un de votre entourage vous a déjà mentionné que vous aviez possiblement un problème? Oui Non

Dans l'affirmative, s.v.p. veuillez décrire :

Fonctionnement social

	Nombre	Commentaires
Combien d'ami(e)s avez-vous à <i>l'extérieur du travail ou de l'école?</i>		
Combien d'ami(e)s avez-vous <i>au travail ou à l'école?</i>		
Combien de relations très proches avez-vous (relations de soutien), incluant la famille, les amis(es) et les collègues de travail?		

De façon générale, comment vous entendez-vous avec les gens :

Éducation

Veillez indiquer votre niveau de scolarité, y compris l'année de graduation(s), le(s) diplôme(s) obtenu(s) et la(les) spécialisation(s).

L'avenir

Parlez-nous de vos plans futurs (votre carrière, sur le plan personnel, etc.) :