



Dr Roger Saint-Laurent

*Psychologue clinicien*

www.drsaintlaurent.com

---

**RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS SUR LE CLIENT**

*Veillez répondre de façon détaillée aux questions suivantes.  
N'hésitez pas à m'informer de toute question qui vous embarrasse ou vous gêne,  
ou dont vous préféreriez discuter de vive voix plutôt que par écrit.*

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

**Adresse résidentielle :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Adresse électronique :** \_\_\_\_\_

**Téléphone - maison :** ( ) \_\_\_\_\_ **Peut-on laisser un message à ce numéro ?**  Oui  Non

**Téléphone - travail :** ( ) \_\_\_\_\_ **Peut-on laisser un message à ce numéro ?**  Oui  Non

**Cellulaire :** ( ) \_\_\_\_\_ **Peut-on laisser un message à ce numéro ?**  Oui  Non

**Âge :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **Lieu de naissance:** \_\_\_\_\_

**Raison qui vous amène à consulter :** \_\_\_\_\_

*(décrivez brièvement* \_\_\_\_\_

*les raisons qui vous incitent* \_\_\_\_\_

*à rechercher une thérapie)* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Type d'emploi :       Temps plein       Temps partiel       Ne travaille pas

Emploi/profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Plus haut niveau de scolarité atteint : \_\_\_\_\_ Domaine d'études : \_\_\_\_\_

Si présentement aux études : Niveau/cours : \_\_\_\_\_ Établissement : \_\_\_\_\_

État civil :       Célibataire     En couple/marié(e)     En couple mais vivant séparément  
 Séparé(e)     Divorcé(e)       Veuf(ve)/en deuil

Conjoint(e) ou autre personne importante :

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Emploi : \_\_\_\_\_

Condition actuelle (par exemple : vit seul(e), avec conjoint(e), avec colocataires, avec famille ou avec famille élargie) :

\_\_\_\_\_

Relations passées que vous considérez significatives : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enfants :      Nom : \_\_\_\_\_      Âge : \_\_\_\_\_       Fille     Garçon

Nom : \_\_\_\_\_      Âge : \_\_\_\_\_       Fille     Garçon

Nom : \_\_\_\_\_      Âge : \_\_\_\_\_       Fille     Garçon

Nom : \_\_\_\_\_      Âge : \_\_\_\_\_       Fille     Garçon

Nom : \_\_\_\_\_      Âge : \_\_\_\_\_       Fille     Garçon

**Parents :**                      **Nom :** \_\_\_\_\_                      **Âge :** \_\_\_\_\_                      **Emploi :** \_\_\_\_\_

**Nom :** \_\_\_\_\_                      **Âge :** \_\_\_\_\_                      **Emploi :** \_\_\_\_\_

**Avez-vous été adopté(e) ?**                       **Oui**                       **Non**

**Vous avez grandi avec :**     **Vos deux parents**     **Votre mère**     **Votre père**

**Autre :** \_\_\_\_\_

**Vos parents sont-ils vivants et habitent-ils toujours ensemble ?**

**Précisez :** \_\_\_\_\_

**Frères et sœurs :**                      **Nom :** \_\_\_\_\_                      **Âge :** \_\_\_\_\_                      **Emploi :** \_\_\_\_\_

*(en rang de*                      **Nom :** \_\_\_\_\_                      **Âge :** \_\_\_\_\_                      **Emploi :** \_\_\_\_\_

*naissance)*                      **Nom :** \_\_\_\_\_                      **Âge :** \_\_\_\_\_                      **Emploi :** \_\_\_\_\_

**Nom :** \_\_\_\_\_                      **Âge :** \_\_\_\_\_                      **Emploi :** \_\_\_\_\_

**Nom :** \_\_\_\_\_                      **Âge :** \_\_\_\_\_                      **Emploi :** \_\_\_\_\_

**Dans les antécédents de votre famille ou dans votre propre histoire, y a-t-il eu des épisodes de :**

**abus d'alcool ou d'autres substances**

**maladie mentale**

**violence physique/mauvais traitements**

**inconduite sexuelle**

**difficultés économiques**

**chirurgies ou hospitalisations**

**accidents**

- pertes/deuils répétés
- intimidation ou autre forme de harcèlement
- autres circonstances accablantes qui ont affecté votre développement ou la façon dont vous vous comportez maintenant

**Nous pouvons discuter de ces événements en personne. Vous pouvez les noter ici brièvement, et nous pourrions y revenir plus tard si vous le souhaitez, et au moment qui vous semblera le plus opportun :**

---

---

---

**Problèmes de santé :** \_\_\_\_\_

*(veuillez noter tous les troubles connus)* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Médicaments :** \_\_\_\_\_

*(veuillez inscrire votre médication actuelle)* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Médecin de famille :** Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Me permettez-vous de contacter votre médecin si requis ?**  Oui  Non

**Psychiatre ou psychopharmacien (si vous en consultez un) :**

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Me permettez-vous de contacter votre psychiatre ou votre psychopharmacien si nécessaire ?**  Oui  Non

**Avez-vous déjà suivi des thérapies individuelles ou de groupe, ou autre forme de relation d'aide thérapeutique ?**       Oui       Non      **Nom du professionnel :** \_\_\_\_\_  
**Diplôme ou n° de permis:** \_\_\_\_\_ **Sessions du** \_\_\_\_\_ **au** \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour abus d'alcool ou d'autres drogues, troubles alimentaires ou autres troubles psychiatriques ?**  
 Oui       Non      **Détails :** \_\_\_\_\_

**Comment avez-vous entendu parler de moi ?**  
 Web/site Internet : Lequel ? \_\_\_\_\_  
 Recommandé par \_\_\_\_\_

**Puis-je aviser cette personne ou cet organisme que vous êtes venu(e) me consulter ?**  Oui  Non

**Contact en cas d'urgence : Nom :** \_\_\_\_\_ **Relation :** \_\_\_\_\_ **Téléphone :** \_\_\_\_\_

### **Énoncé de confidentialité**

**Les renseignements que vous fournissez sur ce questionnaire ainsi que tout ce que vous me confiez durant nos rencontres constituent de l'information confidentielle. Sauf exceptions, lesquelles sont expliquées dans l'Entente de service entre le psychologue et le client, ce dont nous discutons durant les séances ne peut être divulgué.**

### **Exceptions**

- 1) Vous représentez une menace pour vous-même (p. ex., idées suicidaires).**
- 2) Vous représentez une menace pour les autres.**
- 3) Vous divulguez le nom d'un mineur qui a fait ou fait encore l'objet de mauvais traitements physiques, de harcèlement psychologique ou d'abus sexuels.**
- 4) Vous faites face à un problème d'ordre juridique et la Cour m'ordonne de fournir des renseignements.**
- 5) Je dois consulter des collègues dans le cadre de mon travail afin d'assurer les meilleurs services possibles à mes clients.**

**Les situations mentionnées aux quatre premiers points se produisent rarement. La cinquième est plus fréquente. Soyez toutefois assuré(e) qu'au cours de ces consultations, toutes les précautions**

**sont prises pour éviter de révéler l'identité des clients ; les collègues consultés sont également responsables légalement de préserver la confidentialité des informations.**

### **Votre consentement**

**Veillez apposer votre signature ci-dessous si vous comprenez et acceptez les termes de l'énoncé de confidentialité qui suit. Si vous avez le moindre doute, nous en discuterons lors de notre première rencontre**

**Je, \_\_\_\_\_, reconnais être responsable des frais professionnels engagés durant la psychothérapie entreprise avec le D<sup>r</sup> Roger Saint-Laurent. Ces frais incluent les honoraires de toutes les rencontres individuelles (sauf les rencontres annulées 48 heures d'avance) et de toutes les rencontres de groupe prévues à l'horaire. Je conviens de régler ces honoraires le jour même des rencontres, à moins qu'une entente différente n'ait été prise. Lorsque je soumetts une demande de remboursement à mon assureur, je peux demander au D<sup>r</sup> Saint-Laurent de fournir tout renseignement supplémentaire nécessaire au bon traitement de ma demande. Toutefois, je reconnais que je suis personnellement responsable du paiement de ces honoraires, indépendamment du fait que je puisse recevoir un remboursement de mon assureur.**

**Nom : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_**