

Formulaire #1

INFORMATIONS CLINIQUES

Professionnel : _____ N° de dossier : _____

Date de la 1^{ère} rencontre pour « année contrat » : _____ Indiquer la date de la 1^{ère} rencontre prévue, même si cette dernière est un rendez-vous manqué facturable.

Employé Conjoint Enfant Consultation : Individuelle Couple Famille

MOTIF DE CONSULTATION

Codes de classe de problématique <i>(un seul code par ligne)</i>	Pour les employés seulement			
Principal :	Lié au travail : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Impact sur le travail : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Secondaire :	Lié au travail : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Impact sur le travail : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

VARIABLES POUVANT AFFECTER LA VIE AU TRAVAIL	PRÉSENCE DE RISQUE (s'il y a lieu)			
ARRÊT DE TRAVAIL	Élevé	Moyen	Faible	N/A
➤ En arrêt de travail <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Raison : _____ Maternité/Sabbatique <input type="checkbox"/> Retraite/Autre <input type="checkbox"/>	➤ Idées suicidaires <input type="checkbox"/>	➤ Comportement agressif <input type="checkbox"/>	➤ Sécurité/Accident <input type="checkbox"/>	➤ Perte d'emploi <input type="checkbox"/>
➤ Absentéisme/retard <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ➤ Sécurité/Accident <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ➤ Relations de travail/conflits <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ➤ Quantité / Qualité de travail <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si coché, veuillez expliquer : _____ _____ _____			

CLASSE DE PROBLÉMATIQUE

CONJUGAL	FAMILIAL	TRAVAIL		DÉPENDANCE	PSYCHO.		SANTÉ PHYSIQUE		SOCIAL
A1 Séparation	B1 Relation parent/enfant	C1 Relations / conflits avec collègue	C11 Transition retour au travail	E1 Alcoolisme	F1 État dépressif	F10 Agressivité Impulsivité	G1 Problème médical/maladie	G6 Perte de poids	H1 Relations interpersonnelles
A2 Divorce	B2 Difficulté Famille monoparentale	C2 Perte emploi congédiement	C12 Difficulté d'adaptation	E2 Dépendance aux drogues	F2 Anxiété	F11 Estime de soi	G2 Handicap physique	G7 Avortement / fausse couche	H2 Solitude
A3 Difficultés conjugales	B3 Violence familiale	C3 Présumé Harcèlement par collègue	C13 Post-trauma/ Accident	E3 Dépendance aux médicaments	F3 Trouble psychosomatique	F12 Post-trauma (autre que travail)	G3 Vieillesse		H3 Habilités sociales
A4 Sexualité	B4 Consommation chez l'enfant	C4 Assiduité	C14 Relations / conflits avec supérieur	E4 Poly toxicomanies	F4 Trouble alimentaire	F13 Abus Sexuel	G4 Insomnie		H4 Soins de personne âgée
A5 Dépendance du conjoint drogue / alcool	B5 Diff. familles reconstituées	C5 Stress	C15 Présumé Harcèlement par supérieur	E5 Jeu compulsif	F5 Fatigue chronique	F14 Difficulté d'adaptation			H5 Deuil
A6 Violence conjugale	B6 Inceste	C6 Épuisement / Dépression	CARRIÈRE	E6 Co-dépendance	F6 Remise en question personnelle	F15 Idéations suicidaires			NUTRITION
A7 Maladie conjoint	B7 Décès membre de la famille	C7 Surcharge de travail	D1 Choix de carrière /orientation	E7 Dépendance affective	F7 Problèmes de personnalité	F17 Intimidation			S1 Contrôle du poids
A8 Attachement / dépendance amoureuse	B8 Guidance parentale	C8 Violence	D2 Insatisfaction face à la carrière	E8 Dépendance sexuelle	F8 Problèmes de comportement	F18 TDHA	MASSOTHÉRAPIE		S2 Trouble alimentaire
A9 Problème Ex-conjugaux	B9 Relations familiales	C9 Rendement	D3 Réorientation/ Bilan de carrière	E9 Cyberdépendance	F9 Phobies / peur	F19 Stress	X1 Stress	X2 Douleur	S3 Problème de santé
B11 Maladie membre de la famille	B10 Sexualité chez l'enfant	C10 Motivation au travail	D4 Retraite	E10 Dépendance - Tabagisme					

Signature du professionnel _____

Date _____

S.V.P. RETOURNER UNE COPIE APRÈS LA 1^{ère} RENCONTRE AVEC VOTRE FACTURATION DU MOIS