

## FORMULAIRE DE DEMANDE POUR CONSULTATION PSYCHOSOCIALE

|  |   |  |               |
|--|---|--|---------------|
| <b>1. Identification de l'étudiant</b> |   |  |               |
| Nom :                                  |   | Prénom :   |               |
|  |   | Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |               |
| Date de naissance :                    | Adresse :   | Ville :  | Code postal : |
| Âge :                                  |   |  |               |
| Numéro d'étudiant :                    | Cochez la façon de vous rejoindre si nous devons vous contacter : |  |               |
|  | <input type="checkbox"/> Téléphone : _____                        |  |               |
| Programme d'études :                   | <input type="checkbox"/> Courriel : _____                         |  |               |

|   |
|---|
| <b>2. Suivis</b>  |
| <p>Suivi antérieur ou actuel <b>AU SERVICE D'AIDE À L'APPRENTISSAGE</b> (orthopédagogue, conseiller en orientation et aide pédagogique individuel, infirmière, médecin, intervenant psychosocial), si oui avec qui?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Suivi antérieur ou actuel <b>À L'EXTÉRIEUR</b> du Collège (psychologues, suivi médical, hospitalisation, CLSC etc.) :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>  |

|  |
|--|
| <b>3. État de la situation</b>   |
| <p><b>Depuis les deux dernières semaines :</b></p> <p>A. Avez-vous pensé que vous seriez mieux mort?    <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non<br/>             Si oui, vous considérez-vous à risque faible, moyen ou élevé de passer à l'acte dans les prochains 24 à 48h? _____</p> <p>B. Avez-vous pensé ou planifié de porter atteinte à la sécurité d'une autre personne?    <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p>C. Est-ce que votre sécurité physique est menacée par quelqu'un présentement?    <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> |

|                              |
|------------------------------|
| <b>4. Référé par :</b> _____ |
|------------------------------|

|  |
|--|
| <b>RÉSERVÉ À L'INTERVENANT</b>         |
| Notes : _____                          |
| _____                                  |
| Assignation : _____ Référé vers: _____ |

Date de la demande: \_\_\_\_\_

## 5. Motif(s) de consultation :

### Symptômes dépressifs

- Idées/Comportements suicidaires
- Perte d'appétit, perte de poids
- Auto-dépréciation
- Gestion du temps
- Perte d'intérêt, de motivation
- Tristesse, pleurs fréquents

### Anxiété

- Crise de panique
- Craintes, peurs
- Problèmes de sommeil
- Gestion du stress

### Problèmes scolaires

- Difficultés d'apprentissage
- Difficultés d'attention, distractibilité
- Agitation motrice, impulsivité
- Échecs

### Problèmes familiaux ou relationnels

- Relations familiales difficiles
- Rupture ou déception amoureuse
- Isolement ou difficultés sociales
- Violence
- Intimidation

### Sexualité

- Relations sexuelles
- Orientation
- Identité
- Avortement
- Violence sexuelle
- ITSS/Contraception

### Autres

- Pertes/deuil
- Estime de soi
- Irritabilité, agressivité
- Automutilation
- Problématique interculturelle
- Idées/comportement homicidaires

Expliquez brièvement ce qui vous amène à consulter :

---

---

---

---

---

6. Diagnostic(s) déjà reçu(s) : \_\_\_\_\_

## ENGAGEMENT ET CONSENTEMENT AUX SERVICES

La confidentialité s'étend aux intervenants psychosociaux du Service d'aide à l'apprentissage mais seules les informations pertinentes à la collaboration entre les intervenants seront communiquées. Des informations exclusivement en lien avec la réussite académique pourraient être transmises à d'autres professionnels du Service d'aide à l'apprentissage qui sont tous tenus d'observer les mêmes règles entourant la confidentialité.

Les suivis sont offerts à court terme, en lien avec des situations ponctuelles et transitoires.

Les intervenants réfèrent en externe si l'étudiant/e requiert des services plus spécialisés ou à long terme. Seules les informations pertinentes à la collaboration entre les intervenants seront transmises en complétant le formulaire d'autorisation requis.

Les entrevues sont d'une durée de 50 minutes. En cas de retard, la rencontre se terminera à l'heure prévue pour éviter de pénaliser les étudiants/es qui consultent par la suite.

Si vous devez vous absenter, il est de votre responsabilité de communiquer minimalement 24 heures avant le rendez-vous avec l'accueil du SAA ou avec l'intervenant afin de l'aviser de votre absence. Après deux absences sans le délai de préavis requis, les services psychosociaux pourront être suspendus.

Il y a suspension de la confidentialité lorsqu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace la personne ou autrui. Également, lors d'une situation où le développement et/ou la sécurité d'un mineur est ou peut être considéré comme compromis.

J'atteste que j'ai pris connaissance du mode de fonctionnement des services psychosociaux et de santé

\_\_\_\_\_  
Signature de l'utilisateur ou du représentant légal

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du référant

\_\_\_\_\_  
Date