



Bienvenue à la clinique sans rendez-vous
Veillez lire les renseignements ci-dessous.
Si vous avez des questions, prière de consulter la réception.

- La clinique sans rendez-vous offre **une rencontre** de counselling aux clients selon le principe du premier arrivé, premier servi.
- Vous souhaitez apporter un changement dans votre vie? Un spécialiste ou une spécialiste clinique vous aidera à établir un plan et à définir les premières étapes.
- La rencontre dure environ une heure. Les clients sont généralement reçus dans l'ordre où ils arrivent, à l'exception de cas urgents ou prioritaires. Si un grand nombre de personnes se présentent à la clinique, vous pourriez avoir à revenir un autre jour.
- Veuillez répondre aux questionnaires le plus complètement possible. ***N'hésitez pas à demander de l'aide au besoin.***
- Remettez les documents remplis à la réception. Le préposé ou la préposée à l'accueil discutera avec vous des raisons qui vous amènent à la clinique aujourd'hui, fixera un rendez-vous et discutera des frais pour la séance de counselling. Les frais varient de 5\$ à 65\$, selon votre revenu et le nombre de membres de votre famille. Nous adaptons les frais à votre capacité de payer.
- Services à la famille catholiques de Durham s'attend à ce qu'un parent ou tuteur légal demeure sur place lorsqu'un enfant de moins de 12 ans reçoit des services de counselling. Il est possible que les thérapeutes demandent l'avis ou le soutien des parents ou tuteurs au cours de la séance, et ils doivent également demeurer à la disposition de l'enfant. Le parent ou tuteur qui, dans des circonstances exceptionnelles, laisse un enfant sur place sans sa surveillance, doit signer un formulaire de renonciation qui absout Services à la famille catholiques de Durham de toute responsabilité pendant que l'enfant se trouve sur place.
- Une fois la séance terminée, nous vous demanderons de remplir un questionnaire d'évaluation anonyme. Les renseignements nous permettent de faire rapport à nos bailleurs de fonds sur l'utilité du programme pour les gens qui y participent.
- Si le clinicien ou la clinicienne le juge approprié, votre nom pourrait être ajouté à la liste d'attente pour les services de counselling individuel, de couple ou familial.
- Vous pouvez revenir à la clinique sans rendez-vous **une fois au cours des quatre prochaines semaines.** Veuillez noter que vous ne rencontrerez pas nécessairement le même clinicien ou la même clinicienne lors de visites subséquentes.
- Notre organisme participe à la formation de thérapeutes professionnels. Votre intervenant pourrait être un étudiant à la maîtrise travaillant sous la supervision d'un employé titulaire d'une maîtrise. À des fins de formation, plus d'un intervenant pourrait participer à votre séance de counselling.
- S.v.p. notez que ce bureau est un environnement exempt d'odeur.

Note : Nous ne fournissons pas de lettres ou de rapports aux clients de la clinique sans rendez-vous.

Vous trouverez plus d'information sur nos services dans la fiche ci-jointe.



INFORMATION FAMILIALE CONFIDENTIELLE

(S.V.P. imprimé)

	1 ^{ière} personne	2 ^{ième} personne
Nom de famille	_____	_____
Prénom	_____	_____
Date de naissance (m/j/a)	_____	_____
Adresse	_____	_____
Ville	_____	_____
Code Postal	_____	_____
Téléphone à la maison	_____	_____
Céllulaire	_____	_____
Profession	_____	_____
Courriel	_____	_____
Education	_____	_____

Co-joint(e) :

Nom des enfants	École	Niveau	Age	Date de naissance (mois/jour/année)	Sexe
_____	_____	_____	_____	_____	M F
_____	_____	_____	_____	_____	M F
_____	_____	_____	_____	_____	M F
_____	_____	_____	_____	_____	M F
_____	_____	_____	_____	_____	M F

L'appartenance ethnique (racines ou l'origine ethnique et non la citoyenneté ou la nationalité):

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Africain | <input type="checkbox"/> Canadien | <input type="checkbox"/> Hollandais | <input type="checkbox"/> Philippin |
| <input type="checkbox"/> Allemand | <input type="checkbox"/> Canadien français | <input type="checkbox"/> Hongrois | <input type="checkbox"/> Polonais |
| <input type="checkbox"/> Américain | <input type="checkbox"/> Chinois | <input type="checkbox"/> Indien | <input type="checkbox"/> Portugais |
| <input type="checkbox"/> Amérindien | <input type="checkbox"/> Des Caraïbes | <input type="checkbox"/> Irlandais | <input type="checkbox"/> Ukrainien |
| <input type="checkbox"/> Arabe | <input type="checkbox"/> Français | <input type="checkbox"/> Italien | <input type="checkbox"/> Autre (indiquez) |
| <input type="checkbox"/> Asiatique | <input type="checkbox"/> Grec | <input type="checkbox"/> Latino-américain | _____ |
| <input type="checkbox"/> Britannique | <input type="checkbox"/> Guyanais | <input type="checkbox"/> Pakistanais | |

Avez-vous un héritage francophone?

Oui Non

Voulez-vous les services en français?

Oui Non

Avez-vous des racines autochtones?

Oui Non

État Civil:

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Divorcé | <input type="checkbox"/> Marié |
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Séparé | <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve |



Comment avez-vous entendu parler de la clinique sans rendez-vous de SFCD?

- Médecin/hôpital Programme communautaire Avocat
- Agent de probation/police Société d'aide à l'enfance École/programme d'éducation des adultes
- Famille/ami Autre professionnel Recherche individuelle (bottin/Internet)
- Organisme religieux (prêtre/ministre) Service de santé mentale (p. ex., ACSM, équipe de santé familiale,)
- Autre : _____

1. Êtes-vous déjà venu(e) à la clinique de counselling sans rendez-vous? Oui Non

2. Y a-t-il un travailleur ou une travailleuse que vous consultez déjà chez SFCD? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer son nom. _____

3. De quoi voulez-vous parler à un conseiller ou à une conseillère aujourd'hui? _____

4. Sur une échelle 1 à 10, comment va votre vie **présentement**?

Excellent 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Terrible

5. a) Risquez-vous présentement de vous suicider? Oui Non

b) Risquez-vous présentement de vous faire du mal? Oui Non

6. Risquez-vous présentement de faire de mal à autrui? Oui Non

7. Êtes-vous devant les tribunaux ou impliqué dans un litige juridique? Oui Non

Si oui, veuillez préciser ce qui est en instance devant les tribunaux : _____

8. Avez-vous présentement des comportements de dépendance à la drogue, à l'alcool, au jeu ou autres? Oui Non

9. Avez-vous un médecin de famille? Oui Non

Si oui, nom du médecin de famille : _____

10. Votre famille reçoit-elle présentement des services de la Société d'aide à l'enfance? Oui Non

Si oui, nom du travailleur responsable du dossier : _____

11. Avez-vous récemment été en contact avec des punaises de lit? Oui Non

12. Avez-vous d'autre information à mentionner avant votre rendez-vous?

Demande de services

Quel type de counselling voulez-vous obtenir? Individuel Couple Famille Groupe

Est-ce que vous ou votre conjoint(e) avez des assurances ou un programme d'aide aux employés qui couvrent les frais de counselling? Moi Mon conjoint



Renseignements sur le revenu et calcul des frais

Les renseignements de ce formulaire nous permettront de fixer des frais de service abordables pour vous.

Source de revenus (par année)	Client	Conjoint(e)
Revenu brut d'emploi ou de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail		
Ontario au travail/Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées		
Assurance emploi		
TPS		
Régime de pensions du Canada		
Prestation fiscale canadienne pour enfants		
Autres prestations gouvernementales		
Pension alimentaire		
Autres sources de revenus (investissements, revenus de location, etc.)		
Total partiel :		
Revenu total du ménage :		
Nombre de personnes à charge :		

À l'usage du bureau

Coût de la séance : 65 \$ Frais selon le barème : _____
À payer par le client : _____
Contribution de SFCD : _____
Justification pour l'ajustement des frais :
