



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 ^e personne	2 ^e personne
Nom de famille	_____	_____
Prénom	_____	_____
Genre	_____	_____
Date de naissance (m/j/a)	_____	_____
Adresse	_____	_____
Ville	_____	_____
Code postal	_____	_____
Téléphone à la maison	_____	_____
Cellulaire	_____	_____
Nom de votre Docteur	_____	_____
Profession	_____	_____
Education	_____	_____
Courriel	_____	_____

Nom des enfants	École	Relation	Date de naissance (m/j/a)	Sexe	Genre
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Avez-vous un héritage francophone? Oui Non Voulez-vous les services en français? Oui Non
Avez-vous des racines autochtones? Oui Non

État Civil:

- Conjoint Divorcé Marié
 Célibataire Séparé Veuf/Veuve

Renseignements sur le revenu et calcul des frais :

Source de revenus (indiquez tous ceux qui s'appliquent) :

- Revenu brut d'emploi Pension alimentaire, Ontario au travail TPS
 Régime de pensions du Canada Assurance-emploi
 Prestation fiscale canadienne pour enfants.

Revenu total mensuel du ménage : _____

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 :



Formulaire de dépistage

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 ou la consommation de substances? 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'autres informations 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



Avant les services de la clinique sans rendez-vous

Vos réponses aux questions suivantes nous aideront à évaluer notre programme sans rendez-vous. À la fin des services que vous obtiendrez aujourd'hui, nous vous poserons les mêmes questions ainsi que des questions au sujet de votre expérience. Le questionnaire est anonyme. Prière de ne pas indiquer votre nom.

Partie 1. Lisez attentivement les énoncés et encerclez la réponse qui reflète ce que vous pensez de vous-même **maintenant**. Avant de commencer, réfléchissez à ce qui se passe dans votre vie présentement.

Veillez indiquer à quel point vous êtes d'accord avec les énoncés suivants.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plus ou moins	D'accord	Tout à fait d'accord	
En cas de problème, je pourrais penser à plusieurs solutions possibles.	1	2	3	4	5	Sans objet
Je travaille énergiquement pour atteindre mes buts personnels.	1	2	3	4	5	Sans objet
Il y a plusieurs manières de régler les problèmes que j'ai dans ma vie.	1	2	3	4	5	Sans objet
Je connais du succès.	1	2	3	4	5	Sans objet
Je peux penser à plusieurs différentes manières d'atteindre mes buts actuels.	1	2	3	4	5	Sans objet
J'atteins les buts que je me suis fixés.	1	2	3	4	5	Sans objet

Partie 2. Où auriez-vous cherché à obtenir de l'aide si vous n'aviez pu recevoir des services de la clinique sans rendez-vous aujourd'hui?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Urgence | <input type="checkbox"/> Guide spirituel | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Médecin de famille | <input type="checkbox"/> Autre organisme | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Clinique médicale sans rendez-vous | <input type="checkbox"/> Famille ou amis | <input type="checkbox"/> Je n'aurais pas obtenu d'aide |

Section à remplir par le personnel :

Code : _____ Date : _____ Bureau : _____ Programme : _____