

Questionnaire

2183 bl des Laurentides, suite 200
Laval, QC H7K2J3
450-669-7413

1

Veillez cocher le cas échéant.

Questionnaire complété par: _____

Relation avec le client (plus de 14 ans) / enfant : _____

Personne contact

Date: _____

Parent 1: _____

Parent 2: _____

Téléphone 1: _____

Téléphone 2: _____

Numéro de travail: _____

Numéro de travail: _____

Courriel: _____

Courriel: _____

Occupation: _____

Occupation: _____

Lieu de naissance: Canada Autre: _____

Lieu de naissance: Canada Autre: _____

Niveau d'éducation: _____

Niveau d'éducation: _____

(École secondaire, collège, université (baccalauréat, maîtrise, doctorat))

(École secondaire, collège, université (baccalauréat, maîtrise, doctorat))

État civil des parents: Marié(e)s
 Conjoint(e)s de fait
 Divorcé Année: _____
 Séparé

Avec qui le client (plus de 14 ans) / l'enfant vit-il: Les deux parents (garde partagée)
 Mère
 Père
 Autre: _____



Information du client

Nom légal: _____

Date de naissance: _____ Âge: _____
(jour/mois/année)

Adresse du domicile: _____

Environnement linguistique école: Anglais _____% Français _____% Autre: _____% Autre: _____% (total doit être égale à 100%)

Environnement linguistique domicile: Anglais _____% Français _____% Autre: _____% Autre: _____% (total doit être égale à 100%)

Nom, relation, et âge des frères/soeurs: _____ (frère/soeur/demi-frère/soeur) _____ âge _____ (frère/soeur/demi-frère/soeur) _____ âge

_____ (frère/soeur/demi-frère/soeur) _____ âge _____ (frère/soeur/demi-frère/soeur) _____ âge

Le client (plus de 14 ans) / l'enfant a-t-il été adopté? Non Oui, âge à l'adoption: _____

Nom du médecin de famille: _____

Référé par: _____

Décrivez le but principal de la consultation:

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tristesse générale, humeur sombre, perte d'intérêt | <input type="checkbox"/> Perte et deuil | <input type="checkbox"/> Intimidation/harcèlement | <input type="checkbox"/> Pensées suicidaires |
| <input type="checkbox"/> Manque de concentration ou inattention | <input type="checkbox"/> L'estime de soi | <input type="checkbox"/> Traits anxieux | <input type="checkbox"/> Automutilation |
| <input type="checkbox"/> Obsessions et/ou compulsions | <input type="checkbox"/> Tics | <input type="checkbox"/> Traumatisme et/ou abus | <input type="checkbox"/> Difficultés d'apprentissage |
| <input type="checkbox"/> Difficultés de sommeil ou insomnie | <input type="checkbox"/> Identité sexuelle | <input type="checkbox"/> Problèmes relationnels | <input type="checkbox"/> Spectre de l'autisme |
| <input type="checkbox"/> Hyperactivité/impulsivité | <input type="checkbox"/> Retard de développement | <input type="checkbox"/> Douance intellectuelle | <input type="checkbox"/> Problèmes de comportement |
| | | | <input type="checkbox"/> Autre: _____ |

Le client (plus de 14 ans) / l'enfant a-t-il bénéficié de services thérapeutiques auparavant ? (Veillez préciser) :

- | | | |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Psychologie | <input type="checkbox"/> Ergothérapie | <input type="checkbox"/> Orthophonie |
| <input type="checkbox"/> Neuropsychologie | <input type="checkbox"/> Physiothérapie | <input type="checkbox"/> Services d'éducation spécialisée |
| <input type="checkbox"/> Psychothérapie | <input type="checkbox"/> Kinésiologie | <input type="checkbox"/> Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Psychoéducation | <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> Autre: _____ |

Histoire de garderie



Veillez compléter si votre enfant est en garderie

Nom de garderie/école: _____

Avez-vous des inquiétudes concernant l'enfant par rapport à la garderie? _____

Âge du début de garderie: _____

Ancienne(s) garderie(s): _____

Vie scolaire



Veillez compléter si votre enfant est scolarisé

L'enfant/adolescent est-il dans une classe normale ? Oui Non
(Si non, quel type de classe ?) _____

Nom des principaux éducateurs/enseignants: _____

Niveau scolaire: _____

Le client (plus de 14 ans) ou l'enfant a-t-il bénéficié d'un soutien scolaire ?

- Plan d'éducation individuel (PEI)
- Ressource (orthopédagogie)
- Autre: _____
- Plan d'intervention
- Enseignement spécialisé

Avez-vous des inquiétudes concernant le client (plus de 14 ans) ou l'enfant par rapport à l'école ?

L'enseignant actuel (nom de l'enseignant) _____ fait-il mention de difficultés dans l'un des domaines suivants:

- Compréhension
- Relations sociales
- Mathématique
- Suivre les instructions
- Lecture
- Calligraphie
- Comportement
- Orthographe
- Attention/concentration
- Rythme de travail
- Écriture
- Autre (décrire): _____

Au retour de l'école, le client (plus de 14 ans) / l'enfant est:

- Bavard
- Fatigué
- Frustré/ agité
- Autre (préciser): _____
- Excité
- Mal de tête
- Heureux

Devoirs:

Oui Non

- Fait-il ses devoirs seul? Sinon, qui l'aide? _____
- Actuellement, la période des devoirs est-elle difficile ? (Si oui, veuillez préciser): _____
- Le temps nécessaire à la réalisation des devoirs est-il supérieur à la moyenne? _____

Dossier médical



Le client (plus de 14 ans) / l'enfant a-t-il subi un examen de la vue ou de l'audition? Oui Non Résultats: _____ **Porte des lunettes?** Oui Non

Diagnostics médicaux (si applicable): _____

Le client (plus de 14 ans) / l'enfant prend-il des médicaments? Oui Non Type de médicaments: _____ (DD-MM-YYYY)

Depuis quand: _____ Dosage: _____

Le client (plus de 14 ans) / l'enfant a-t-il eu ou a-t-il les problèmes suivants? (Si oui, veuillez les décrire et indiquer les dates/âges approximatifs):

- Anomalies congénitales: Oui Non Résultats (dates et âges): _____
- Maladies ou pathologies graves: Oui Non Résultats (dates et âges): _____
- Chiurgie: Oui Non Résultats (dates et âges): _____
- Hospitalizations: Oui Non Résultats (dates et âges): _____
- Allergies: Oui Non Résultats (dates et âges): _____
- Convulsions: Oui Non Résultats (dates et âges): _____
- Tubes dans les oreilles: Oui Non Résultats (dates et âges): _____
- Blessure grave: Oui Non Résultats (dates et âges): _____
- Épilepsie: Oui Non Résultats (dates et âges): _____
- Asthme: Oui Non Résultats (dates et âges): _____

Grossesse

Diabète: Oui Non _____

Prééclampsie/éclampsie: Oui Non _____

Autre maladie: Oui Non _____

Expérience traumatique ou stress inhabituel pendant la grossesse: Oui Non _____

Prise des médicaments pendant la grossesse: Oui Non _____

Avoir des complications/difficultés pendant la grossesse: Oui Non _____

Consommation par la mère durant la grossesse: Cigarette Alcool Autre: _____

Accouchement

Naissance à terme? Oui Non # de semaines: _____ Score APGAR: _____

Le client (plus de 14 ans), l'enfant ou la mère ont-ils connu des complications à la naissance ou au cours des premiers jours ou mois de la vie du nouveau-né ?

Anomalies chez le nouveau-né:

Pleure inconsolablement Soins infirmiers Respiration Poids Autre: _____

L'enfant/adolescent utilise principalement sa :

Main gauche Main droite Ambidextre

Antécédents médicaux de la famille

Relation avec l'enfant

Côté de:
la **mère** ou le **père**

<input type="checkbox"/> Troubles neurologiques (épilepsie, neurofibromatose):	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle:	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme:	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH):	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Troubles de l'apprentissage (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie):	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trouble du langage (dysphasie):	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Syndrome de la Tourette/ trouble des tics:	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dépression:	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abus de substances:	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anxiété:	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur (trouble bipolaire, trouble affectif saisonnier):	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Troubles psychotiques (schizophrénie, psychose):	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Troubles de la personnalité:	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Décès par suicide:	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Troubles moteurs ou du mouvement:	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les étapes du développement

Étape générale: Langage

	Précoce:	Attendu:	Plus tard:
Billage	<input type="checkbox"/>	4-6 mois <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premiers mots prononcés	<input type="checkbox"/>	12 mois <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A dit des phrases de 1 à 2 mots	<input type="checkbox"/>	15 mois <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dit des phrases (sujet-verbe-complément)	<input type="checkbox"/>	2 ans <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compris par d'autres personnes que leurs parents	<input type="checkbox"/>	3 ans <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motricité

Motricité globale

Assis sans assistance	<input type="checkbox"/>	4-9 mois <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ramper	<input type="checkbox"/>	6-10 mois <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	9-15 mois <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter les escaliers seul (debout)	<input type="checkbox"/>	17-20 mois <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motricité fine

Capable de découper une forme avec des ciseaux	<input type="checkbox"/>	4 ans <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capable de s'habiller seul (à l'exception des boutons et des fermetures éclairées)	<input type="checkbox"/>	3.5 ans <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise des ustensiles (y compris un couteau)	<input type="checkbox"/>	7 ans <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tient son crayon pouce-index/majeur	<input type="checkbox"/>	2 ans <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colorier sans dépasser	<input type="checkbox"/>	3-5 ans <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capable d'attacher les lacets	<input type="checkbox"/>	4 ans <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre

Écrire son nom 4 ans

Entraînement à la propreté (urine) 2 ans

Entraînement à la propreté (aller à la selle, s'essuyer) 3-4 ans

Défis et difficultés

Pour chacun des domaines ci-dessous, veuillez indiquer si un défi spécifique était présent dans le passé et/ou si le client (plus de 14 ans) / l'enfant est toujours confronté à ce défi.

Fonctionnement adaptatif**Défi passé****Défi actuel****Pas un défi****Alimentation**Difficulté à manger certains aliments ("picky eater") Aime manger Difficultés à boire Difficultés à manger des aliments solides Semble manquer de certains nutriments Perte d'appétit **Sommeil****Difficultés à s'endormir, à rester endormi ou sommeil non réparateur** **Troubles du sommeil** (endormissement, maintien du sommeil, sommeil non réparateur) **Somnolence excessive en journée** **Cauchemars:** Rêves angoissants pouvant causer de la peur ou de l'anxiété **Terreurs nocturnes:** Épisodes de peur intense pendant le sommeil, accompagnés de cris, de mouvements brusques ou de panique **Bruxisme:** Grincement ou serrement des dents pendant le sommeil, pouvant causer des problèmes dentaires Somnambulisme **Routine du coucher:**

Heure de réveil: (jour de semaine) _____ (fin de semaine) _____

Heure du coucher:(jour de semaine) _____ (fin de semaine) _____

L'enfant/adolescent fait-il la sieste? Oui Non Quand / combien de temps _____**Hygiène**Prend des douches ou des bains tous les jours Se présente de manière propre et ordonnée Souille fréquemment des sous-vêtements Comportement de rétention: retenir les selles, ce qui aggrave la constipation Incontinence urinaire **Famille****Attachement**Évite l'affection et la confiance, difficulté à établir des liens affectifs profonds Évite le réconfort, a du mal à accorder sa confiance aux personnes qui s'occupent de lui, et se montre distant émotionnellement Comportement collant, anxieux, difficulté à se calmer et à se sentir en sécurité **Comment le client (plus de 14 ans) ou l'enfant démontre-t-il qu'il est en détresse et qu'il a besoin d'être réconforté ?**

- Recherche le confort Avec agressivité Donne de l'espace Évitement
- Avec des réponses anxieuses Trouver des solutions Se laisse distraire Autre: _____

EnvironnementLes facteurs socio-économiques affectent le stress familial, les choix de vie et les opportunités Le quartier et la communauté influencent l'expérience (sécurité, accès à des écoles de qualité, services communautaires, installations de loisirs, réseau social). Les médias et la technologie ont un impact sur les relations familiales (modes de communication, interactions familiales, équilibre virtuel et en face-à-face) **Combien d'heures par jour le client (plus de 14 ans) / l'enfant utilise-t-il un appareil électronique?** _____ (jour de semaine) _____ (fin de semaine)**Quels types d'appareils sont utilisés par le client (plus de 14 ans) / l'enfant ?** Téléphone Tablette Télévision Ordinateur Console de jeux vidéo**Quelles sont les activités de l'enfant/adolescent sur les appareils électroniques ?** Regarder des émissions de télé/films Regarder des vidéos en ligne Jouer des jeux Éducatif Autre:

La famille bénéficie-t-elle de systèmes de soutien tels que famille élargie, amis, voisins et ressources communautaires pour faire face aux difficultés et accéder au soutien en cas de besoin ?

Oui Non

Les facteurs culturels influencent-ils les pratiques parentales, les processus décisionnels et la dynamique familiale ?

Oui Non

La nature du travail des parents, les conditions d'emploi et l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée ont-ils déjà eu un impact sur la dynamique familiale (le stress lié à l'emploi, les politiques de congé parental et la stabilité financière peuvent influencer les relations parents-enfants, le temps passé en famille et le fonctionnement général de la famille) ?

Oui Non

La qualité du logement, des conditions de vie et de l'environnement physique a-t-elle un impact sur le bien-être de la famille ?

Oui Non

Milieu familial

Défi passé

Défi actuel

Pas un défi

Témoin d'une mauvaise communication entre conjoints, comme des disputes fréquentes, des malentendus ou l'absence de stratégies de communication

Conflit élevé, hostilité, sentiment d'instabilité ou problèmes non résolus entre les conjoints

Témoin de violence domestique ou d'abus dans la relation entre conjoints

Négligence émotionnelle de la part de l'un ou des deux conjoints (indisponibilité émotionnelle ou désengagement dans la relation)

Abus de substances ou dépendance de l'un ou des deux conjoints

Quelles sont les meilleures mesures correctives à utiliser avec le client (plus de 14 ans) / l'enfant ?



CETTE SECTION S'ADRESSE UNIQUEMENT AUX ENFANTS ET AUX ADOLESCENTS

Fixer des limites

Conséquences

Enseigner un comportement approprié

Aider à trouver une solution

Punitions

Autre:

Le client (plus de 14 ans) / l'enfant participe-t-il aux tâches ménagères appropriées à son âge ?

Oui Non

Les parents / tuteurs sont-ils cohérents en matière de discipline et de gestion du comportement et définissent-ils clairement les attentes et les limites pour les enfants/adolescents ?

Oui Non

Les parents/tuteurs ont-ils recours au renforcement (éloges, récompenses et commentaires positifs) pour encourager les comportements souhaités et motiver les enfants/adolescents ?

Oui Non

En tant que parent/tuteur, auriez-vous besoin d'aide dans les domaines suivants ?

La modélisation: Les parents servent de modèles et leurs comportements et attitudes influencent considérablement les comportements et les valeurs des enfants

Oui Non

Réceptivité: La capacité des parents à être à l'écoute des besoins et des émotions de leur enfant et à y répondre

Oui Non

Soutien: Le fait d'apporter un soutien affectif, scolaire et social aux enfants contribue à leur bien-être et à leur développement

Oui Non

Supervision et contrôle: Contrôler les activités des enfants, fixer des limites appropriées et assurer leur sécurité

Oui Non

Fonctionnement physiologique



Défi passé

Défi actuel

Pas un défi

Motricité globale et fine:

Motricité globale (s'asseoir, ramper, marcher, sauter)

Motricité fine (dessiner, manger avec des ustensiles, boutonner une chemise)

Hypersensibilité sensorielle (réactivité excessive):

Hypersensibilité auditive: Sensibilité extrême à certains sons ou réaction de sursaut accrue à des bruits forts

Hypersensibilité visuelle: Facilité à être débordé ou dérangé par des lumières vives, des stimuli visuels intenses ou des motifs spécifiques

Hypersensibilité tactile: Sensibilité excessive au toucher, textures ou tissus spécifiques, entraînant inconfort ou évitement de sensations tactiles.

Hypersensibilité olfactive: Extrême sensibilité aux odeurs ou aux parfums que d'autres ne trouvent pas dérangeants

Hypersensibilité gustative: Aversion ou sensibilité forte à certains goûts ou textures d'aliments

Hyposensibilité sensorielle (manque de réactivité):

Hyposensibilité auditive: Difficulté à interpréter les sons, réponse réduite aux stimuli auditifs

Hyposensibilité visuelle: Diminution de la réponse aux stimuli visuels, difficultés d'attention ou de perception visuelle.

Hyposensibilité tactile: Sensibilité réduite au toucher, difficulté à percevoir les sensations tactiles.

Hyposensibilité vestibulaire: Moindre perception des sensations d'équilibre ou de mouvement, recherche de mouvements intenses ou rapides

Hyposensibilité proprioceptive: Conscience réduite de la position et du mouvement du corps, recherche de pressions profondes ou d'activités lourdes

Envies sensorielles:

Recherche d'un apport sensoriel intense: Recherche active d'expériences sensorielles intenses telles que tourner, sauter, s'écraser ou exercer une pression profonde pour répondre aux besoins sensoriels

Besoin d'un apport sensoriel spécifique: Forte envie de certaines expériences sensorielles ou adoption des comportements répétitifs pour rechercher une stimulation sensorielle

Mauvaise discrimination sensorielle: Difficultés à distinguer les stimuli sensoriels ou à percevoir et interpréter précisément les informations sensorielles (vision, ouïe, toucher, goût, odorat).

Visuo-spatial:

Conscience spatiale (perception de la profondeur): Difficulté à percevoir les relations spatiales, évaluer les distances, les tailles ou les perspectives. Difficultés dans des tâches comme le stationnement, l'estimation de l'espace ou la navigation. Problèmes pour monter les escaliers, attraper ou lancer une balle ou se déplacer sur des surfaces inégales.

Visualisation spatiale: Difficulté à faire tourner mentalement les objets, comprendre comment les parties s'assemblent ou visualiser sous différents angles. Problèmes dans les tâches à plusieurs étapes, l'organisation ou l'emballage efficace.

Coordination visuo-motrice: Impact sur la coordination main-œil, les compétences motrices fines et la perception de la position du corps. Difficultés avec les mouvements précis, l'écriture, l'utilisation d'outils ou la participation aux sports.

Sens de l'orientation: Difficulté à comprendre la position par rapport aux objets ou aux repères. Problèmes avec l'orientation gauche-droite, la lecture des cartes ou le suivi des directions.

Mémoire visuelle: Problèmes de mémorisation précise des informations visuelles, reconnaissance des motifs ou rappel des détails.

Fonctionnement cognitif**Langage:**

Langage oral expressif: Difficultés à parler, à répéter ou à prononcer des mots

Compétences réceptives: Difficultés à comprendre des instructions simples, des questions fermées ou complexes

Communication non verbale: Comprendre et utiliser les gestes, les expressions faciales et le langage corporel pour améliorer la communication

Pragmatique: Comprendre et utiliser la langue de manière appropriée dans des contextes sociaux, y compris le tour de parole, la politesse et le maintien de la conversation

Fonctionnement intellectuel:

Flexibilité: La capacité d'adapter la pensée, les stratégies et les comportements en réponse à des circonstances changeantes ou à de nouvelles informations

Créativité: Générer des idées originales et novatrices et trouver des solutions uniques

Planification et organisation: Utiliser une approche systématique pour atteindre des objectifs, gérer des tâches et allouer efficacement les ressources

Fonction cognitive:

Attention: Capacité à se concentrer et maintenir l'attention en ignorant les distractions.

Mémoire: Capacité à acquérir, retenir et récupérer des informations

Perception: Capacité d'interprétation et de compréhension des informations sensorielles de l'environnement

Traitement de l'information: Recevoir, encoder, conserver, extraire et manipuler l'information de manière efficace

Capacité d'apprentissage: Acquisition de connaissances et compétences par enseignement, observation et expérience.

Contrôle des impulsions : Gestion et régulation des impulsions et désirs immédiats.

Sociale

Empathie: Comprendre et partager les sentiments des autres, être conscient de leurs émotions, perspectives et besoins grâce à la compassion et au soutien

Écoute active: Comprendre pleinement les autres en prêtant attention, en fournissant des rétroactions verbales et non verbales, et en posant des questions pertinentes

Communication non verbale: Utiliser les expressions faciales, le langage corporel et le ton de voix pour transmettre des messages, comprendre les émotions et établir une relation de confiance

Étiquette: Comprendre les normes sociales, les différences culturelles et se comporter de manière appropriée dans diverses situations sociales avec respect et courtoisie

Conscience sociale: Reconnaître et comprendre les émotions, les besoins et les perspectives des autres dans les situations sociales

Comportementale

Adaptabilité: Être flexible et ouvert au changement, s'adapter à de nouvelles situations, recevoir des retours et faire preuve de résilience face aux défis

Gestion du temps: Prioriser les tâches, fixer des objectifs, planifier et organiser le travail, respecter les délais, allouer efficacement le temps et éviter la procrastination

Respect: Faire preuve de respect envers les autres, y compris les pairs, les enseignants, les parents et les personnes issues de différents milieux

Partage: Comprendre l'importance de partager les jouets, les matériaux et de prendre des tours avec les autres

Respect des règles: Comprendre et respecter les règles et les lignes directrices fixées par les parents, les enseignants et les autorités.

Gratitude: Exprimer sa reconnaissance pour ce que l'on a et manifester de la gratitude envers les autres

Autodiscipline: Faire preuve de maîtrise de soi, gérer efficacement son temps et rester concentré sur les tâches

Résolution des conflits: Être capable de résoudre les conflits pacifiquement et de trouver des solutions qui conviennent à tous

Attitude positive: Avoir une perspective optimiste et positive, aborder les défis avec enthousiasme

Émotionnel

Conscience de soi: Reconnaître et comprendre ses propres émotions, forces, faiblesses, valeurs et croyances

Régulation émotionnelle: Gérer et contrôler ses émotions de manière appropriée, y compris la capacité à se calmer et à faire face au stress de manière efficace

Autogestion: Fixer des objectifs et travailler pour les atteindre, être motivé, reconnaître les déclencheurs, faire preuve de discipline

Établissement de relations: Établir et maintenir des relations positives, communication efficace, résolution des conflits et coopération

Expression émotionnelle: Capacité à exprimer ses émotions de manière saine et constructive, à la fois verbalement et non verbalement

Confiance en soi: Croire en ses propres capacités, avoir une image de soi positive et être sûr de soi

Résilience: Rebondir après des revers, faire face aux défis et s'adapter au changement

Pleine conscience: Être présent et conscient du moment présent, sans jugement et sans attachement excessif aux pensées ou aux émotions

Défi passé

Défi actuel

Pas un défi

7

Quels sont les centres d'intérêt du client (plus de 14 ans) ou de l'enfant (loisirs, sports, passe-temps, activités qu'il aime faire) ?

Identifier la personnalité du client (plus de 14 ans) ou de l'enfant:

- | | | | | | |
|----------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bienveillance | <input type="checkbox"/> Intelligent | <input type="checkbox"/> Empathique | <input type="checkbox"/> Un leader | <input type="checkbox"/> Réservé | <input type="checkbox"/> Inquiète |
| <input type="checkbox"/> Fidèle | <input type="checkbox"/> Curieux | <input type="checkbox"/> Courageux | <input type="checkbox"/> Tranquille | <input type="checkbox"/> Réfléchi | <input type="checkbox"/> Débordé |
| <input type="checkbox"/> Responsable | <input type="checkbox"/> Gentil | <input type="checkbox"/> Irritable | <input type="checkbox"/> Rêveur | <input type="checkbox"/> Exigeant | <input type="checkbox"/> Autre: |
| <input type="checkbox"/> Honnête | <input type="checkbox"/> Égoïste | <input type="checkbox"/> Drôle | <input type="checkbox"/> Timide | <input type="checkbox"/> Méchant | |

Pour les clients de 14 ans et plus



Utilisation par le client

Le client utilise-t-il :

- Café
- Boissons énergétiques (*Redbull, Monster, etc.*)
- Tabac (cigarette ou autre)
- Alcool
- Cannabis
- Autres drogues (à préciser) :

Historique des relations

- Situation de famille: Marié(e) Conjoint(e) de fait Séparé(e) Divorcé(e) Célibataire Veuf(ve)
- Êtes-vous en couple? Oui Non C'est compliqué

Éducation/carrière

Êtes-vous actuellement un: Étudiant Employé Sans emploi Congé autorisé Autre:

Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous avez atteint ou que vous atteignez ?

- École secondaire CÉGEP Technique/commerce Baccalauréat Maîtrise Doctorat/post-doctorat Autre:

Veuillez indiquer comment vous vous sentez généralement sur votre lieu de travail/à l'école:

- Stressé Excité Motivé Débordé Découragé Indifférent Autre:

Avez-vous d'autres informations pertinentes à ajouter ?