

Rapport d'Évaluation Psychologique

Renseignements nominatifs :

Nom du client : _____ Né le : _____

Adresse : _____ Ville: _____ Cd Postal _____

Téléphone Ms : _____ Cell: _____ Tr : _____

Adresse Courriel: _____

Référé par : Un professionnel (nom) : _____
Bouche à oreille : _____
Tableau de l'ordre : _____
Internet ou site WEB : _____
P.A.E. _____

Nom du médecin qui vous suit: _____ Spécialiste: _____

Diagnostics déjà posés en santé mentale: _____

Maladies Physique: _____

1) Marié/e : ____ 2) Vit avec conj.: ____ 3) Célibataire: ____ 4) Veuf/e: ____ 5) Séparé ou divorcé: ____

Si 1 ou 2: Vous êtes ensemble depuis: ____ ans; Mariés depuis: ____ ans

Nom du conjoint : _____ Tél : _____

Autre répondant (au besoin) : _____ Tél : _____

Enfants (prénoms et âge) : _____

Scolarité: Primaire ____ Second. ____ Cegep 1 2 3 Université 1 2 3 Maîtrise __ Doctorat __

Occupation : _____

Employeur : _____ À cet emploi depuis? _____

Emplois antérieurs: _____

Arrêt de travail: Oui __ Non __ depuis quand _____ Date de retour prévue: _____

Avez vous déjà consulté en psychologie ou psychothérapie? _____

Si Oui, quelles dates et combien de rencontres: _____

Signature du client : _____ Date : _____