

Clinique Accès-Sexologie

S.E.N.C.

Formulaire de référence – Programme Accès

Prénom: _____ Nom: _____
Genre: _____ Pronoms: _____ Date de naissance: ____/____/____
Téléphone: _____ Ou _____ Message: Oui Non

Statut d'emploi

- Bénéficiaire de l'aide sociale
- Assurance-emploi, CNESST, SAAQ
- Étudiant.e. à temps plein
- Employé(e): _____

Revenu annuel

- 0 – 10 000\$
- 10 001-20-000
- 20 001 - 30 000\$
- 30 001\$ - 40 000\$
- 40 001\$ et plus

Cochez ce qui s'applique

- Immigration récente (moins de 5 ans)
- Dépendance alcool/drogue/jeu:

- Problème de santé/situation de handicap: _____
- Trouble de santé mentale connu:

- Monoparentalité
- Enfants à charge: _____

J'accepte d'être vu.e. par un.e. stagiaire supervisé.e. Oui Non

Relation d'aide Psychothérapie

En personne: Montréal Longueuil / En ligne

Consultation individuelle Consultation en couple

Langue pour la thérapie: Français Anglais Espagnol

Risque suicidaire: Oui Non Risque homicidaire: Oui Non

Processus judiciaire en cours ou à venir (si oui, précisez): Oui Non

Motif de consultation et commentaires: _____

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
AM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>
PM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>
Soirée <input type="checkbox"/>	Soirée <input type="checkbox"/>	Soirée <input type="checkbox"/>	Soirée <input type="checkbox"/>	Soirée <input type="checkbox"/>	Soirée <input type="checkbox"/>

Êtes-vous référé par un.e. professionnel.le. de la santé? Oui Non

Référé(e) par: _____ Titre professionnel: _____

Organisme/milieu: _____

Courriel: _____ Téléphone: _____