

*Service psychosocial et communautaire*  
Demande d'aide à renvoyer à : [psychosocial@cegepgarneau.ca](mailto:psychosocial@cegepgarneau.ca)

Date de la demande : \_\_\_\_\_

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT - E		
Nom :	Prénom :	DA :
Date de naissance :	Programme d'études :	<b>Nombre de sessions effectuées</b>
Âge :		Au cégep :
À quel genre vous identifiez-vous : Féminin    Masculin    Autre Je préfère ne pas répondre		
Adresse :	<b>Lieu de résidence</b>	
Téléphone :	Parent - s	Appartement/chambre
Un message téléphonique peut être laissé sur la boîte vocale    Oui                  Non		

**Avez-vous déjà consulté un intervenant(e) du service psychosocial du Cégep Garneau ?** \_\_\_\_\_

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà eu un diagnostic :**    Oui    Non    Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

**CONSULTEZ-VOUS UNE DE CES RESSOURCES ACTUELLEMENT :**

Aide pédagogique (API)    Conseiller d'orientation/Information scolaire et professionnelle  
Éducateur spécialisé aux Services adaptés                      Conseiller de l'aide financière (prêts et bourses)  
Ressources externes : \_\_\_\_\_

**RÉFÉRENCE**

**Est-ce que quelqu'un vous réfère au Service psychosocial ?**    Oui    Non  
Si oui, pourriez-vous spécifier la fonction et le nom de la personne qui vous réfère ? \_\_\_\_\_

**MOTIF DE CONSULTATION**

Pourriez-vous expliquer dans vos mots ce qui vous amène à faire une demande au service psychosocial :

DIFFICULTÉS ACTUELLES :	
Problèmes familiaux	Orientation ou identité sexuelle
Problèmes relationnels ou amoureux	Gestion de la colère
Anxiété	Faible estime de soi
Violence subie	Rejet/Intimidation
Difficultés sur le plan scolaire (motivation, procrastination)	Deuil
Consommation (alcool, drogues, jeux)	Difficultés financières
Agression sexuelle (a eu lieu il y a plus de 6 mois)	

## SYMPTÔMES PRÉSENTS :

Difficulté de concentration	Irritabilité
↓↑ Alimentation	Isolement
Idées suicidaires	↓↑ Sommeil
Impulsivité	Tristesse et pleurs
Fatigue	Problèmes de santé
Pensées bizarres	Baisse de motivation
Automutilation	Comportement à risque, spécifiez : _____

## MON BESOIN EST URGENT CAR :



- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| ➤ Je planifie de m'enlever la vie                              | Oui | Non |
| ➤ J'ai des idées suicidaires et je risque de passer à l'acte   | Oui | Non |
| ➤ Je pourrais agresser physiquement quelqu'un                  | Oui | Non |
| ➤ Je subis de la violence et je crains pour ma sécurité        | Oui | Non |
| ➤ J'ai vécu une agression sexuelle récemment (moins de 6 mois) | Oui | Non |

## NIVEAU DE FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL

Précise à quel point ton niveau de fonctionnement actuel est affecté ? (ex; travaux scolaires, présence au cours, hygiène personnelle, vie sociale, tâches ménagères, tâches liées à un emploi etc).

**Incapacité totale  
de fonctionner**

**Capacité moyenne  
de fonctionner**

**Capacité optimale  
de fonctionner**



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Dans la mesure du possible, quelle serait ta préférence pour une première rencontre :**

- En présentiel au Cégep
- Vidéoconférence
- Téléphone

## AUTORISATION À TRANSMETTRE L'INFORMATION

J'autorise l'équipe psychosociale du Cégep Garneau à consulter ce document, au besoin, et ce, de façon confidentielle.

Signature de l'étudiant \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_