

Formulaire d'ouverture de dossier et entente de service

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

En cas d'urgence : _____ Date de naissance : _____

Pour quelles raisons désirez-vous me consulter?

Avez-vous un **diagnostic** de santé mentale? Prenez-vous des médicaments?

Avez-vous déjà été vu par un thérapeute, psychologue ou psychiatre? Si oui précisez.

Patricia Lefebvre m'a avisé que ses services sont axés sur le respect et la dignité de la personne et répondent aux exigences du code de déontologie de la RITMA. Que les rencontres en relation d'aide ne sont en aucun cas une psychothérapie ou un traitement médical. Les rencontres en relation d'aide ont des champs d'expertises et d'actions totalement différents de ceux des professionnels de la santé (médecin, psychologue, psychothérapeute, etc.).

La relation d'aide vise à soutenir le client dans le but de maintenir et de consolider des acquis et des stratégies d'adaptation, en ciblant ses forces intrinsèques et les ressources à sa disposition. La relation d'aide permet d'aider le(s) client(es) à faire face aux difficultés de la vie courante, vise à développer ses propres outils relationnels afin d'améliorer son autonomie affective dans les différentes sphères de sa vie.

Je comprends que le fait de consulter en relation d'aide dépend de MOI et de mon engagement dans ma démarche afin d'avoir amélioration de mon état.

J'accepte également les conditions suivantes:

- Les rencontres s'effectuent en toute confidentialité tel que le [code de déontologie](#) de la RITMA stipule.
- J'entreprends librement ma démarche thérapeutique sans pression d'une tierce personne.
- Je confirme que les informations données sont véridiques et si j'ai un changement dans mon état de santé, il est de ma responsabilité d'aviser ma thérapeute.
- **Une annulation en moins de 24 heures entrainera 50% des frais de la séance manquée.**

Signature : _____ Date : _____