



Questionnaire destiné à l'adolescent

Complété par : _____
 En date du ____ / ____ / ____

1. DONNÉES D'IDENTIFICATION

ADOLESCENT	PARENTS / TUTEURS
Nom : _____	Mère / Tutrice
Prénom : _____	Nom : _____
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____	Adresse : _____
Je vis avec :	Ville : _____
<input type="checkbox"/> Père et mère	Numéro de téléphone :
<input type="checkbox"/> Père	Domicile : (____) ____ - ____
<input type="checkbox"/> Mère	Cellulaire : (____) ____ - ____
<input type="checkbox"/> Tuteur(s)	Courrier électronique : _____
Numéro de téléphone :	Père / Tuteur
Cellulaire : (____) ____ - ____	Nom : _____
Langue maternelle : _____	Prénom : _____
Langue parlée à la maison : _____	Adresse : _____
Études complétées : _____	Ville : _____
Occupation : _____	Numéro de téléphone :
	Domicile : (____) ____ - ____
	Cellulaire : (____) ____ - ____
	Courrier électronique : _____

1.1 Fratrie

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe
		____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
		____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
		____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
		____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin



2. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE L'ADOLESCENT

2.1 Au plan psychiatrique

Problème rencontré	Âge	Intervention
Diagnostic : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel : _____ Description du problème rencontré : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ ans	Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, la durée : _____ Suivi avec un professionnel : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Psychoéducateur <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Autres : _____ Médication : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Laquelle : _____
Diagnostic : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel : _____ Description du problème rencontré : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ ans	Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, la durée : _____ Suivi avec un professionnel : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Psychoéducateur <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Autres : _____ Médication : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Laquelle : _____



<p>Diagnostic : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel : _____ _____</p> <p>Description du problème rencontré : _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>	_____ ans	<p>Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, la durée : _____</p> <p>Suivi avec un professionnel : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Psychoéducateur <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Autres : _____</p> <p>Médication : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Laquelle : _____</p>
---	-----------	--

2.2 Au plan médical

Problème rencontré	Âge	Intervention
<p>Diagnostic : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel : _____ _____</p> <p>Description du problème rencontré : _____ _____ _____ _____ _____</p>	_____ ans	<p>Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Durée : _____</p> <p>Suivi avec un professionnel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel : _____</p> <p>Médication : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, laquelle : _____</p>



Diagnostic : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel : _____ Description du problème rencontré : _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ ans	Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Durée : _____ Suivi avec un professionnel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel : _____ Médication : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, laquelle : _____
---	-----------	--

3. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

3.1 Au plan psychiatrique

Personne	Problème rencontré
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autres : _____	Diagnostic : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel : _____ Description du problème rencontré : _____ _____ _____



<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autres : _____	Diagnostic : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel : _____ Description du problème rencontré : _____ _____ _____
--	--

4. HABITUDES

Habitude	Consommation	Fréquence de consommation, partenaires de consommation et autres commentaires (ex : types de drogue et de réseaux sociaux consommés)
Alcool	<input type="checkbox"/> Je consomme actuellement Depuis : _____ <input type="checkbox"/> Je ne consomme plus Depuis _____ <input type="checkbox"/> Je n'ai jamais consommé	_____ _____ _____
Drogues	<input type="checkbox"/> Je consomme actuellement Depuis : _____ <input type="checkbox"/> Je ne consomme plus Depuis _____ <input type="checkbox"/> Je n'ai jamais consommé	_____ _____ _____
Jeux de hasard	<input type="checkbox"/> Je consomme actuellement Depuis : _____ <input type="checkbox"/> Je ne consomme plus Depuis _____ <input type="checkbox"/> Je n'ai jamais consommé	_____ _____ _____
Cigarettes	<input type="checkbox"/> Je consomme actuellement Depuis : _____ <input type="checkbox"/> Je ne consomme plus Depuis _____ <input type="checkbox"/> Je n'ai jamais consommé	_____ _____ _____



Réseaux sociaux	<input type="checkbox"/> Je consomme actuellement	_____
	Depuis : _____	_____
	<input type="checkbox"/> Je ne consomme plus	_____
	Depuis _____	_____
	<input type="checkbox"/> Je n'ai jamais consommé	_____

5. HISTOIRE SCOLAIRE

École actuellement fréquentée : _____

École(s) précédentes et raisons du départ (le cas échéant) : _____

J'ai un plan d'intervention à l'école : Oui (Veuillez fournir une copie) Non

5.1. Résultats scolaires

Niveau de scolarité	Résultats faibles	Résultats dans la moyenne	Résultats élevés
Maternelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secondaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cégep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre formation : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2 Difficultés scolaires

Problèmes	Problème rencontré actuellement	Commentaires
Manque d'intérêt	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
Absentéisme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
Conflits avec les adultes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
Conflits avec les autres élèves	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
Expulsion	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____



6. ASPECT SOCIAL

Quelles sont tes activités de loisirs ? À quelle fréquence ?

Je préfère :

Être seul Être en grand groupe (6 personnes et plus) Être en petit groupe (2 à 5 personnes)

Je suis :

<input type="checkbox"/> Timide	<input type="checkbox"/> En colère	<input type="checkbox"/> Agressif
<input type="checkbox"/> Sociable	<input type="checkbox"/> Accablé	<input type="checkbox"/> Violent envers les autres
<input type="checkbox"/> Anxieux	<input type="checkbox"/> Frustré	<input type="checkbox"/> Violent envers moi-même
<input type="checkbox"/> Heureux	<input type="checkbox"/> Excité	
<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/> Menaçant envers les autres	

Sélectionne les compétences que tu penses que tu as besoin de travailler :

<input type="checkbox"/>	Conscience de soi : Reconnaître mes propres émotions et pensées ainsi que leurs influences sur mes comportements
<input type="checkbox"/>	Compétences décisionnelles : Faire des choix constructifs et respectueux de mes comportements personnels et des interactions sociales
<input type="checkbox"/>	Autorégulation : Réguler efficacement mes émotions, pensées et comportements dans différentes situations
<input type="checkbox"/>	Sensibilisation sociale : Comprendre les normes sociales et éthiques reliées à mon comportement
<input type="checkbox"/>	Compétences relationnelles : Établir et maintenir des relations saines et enrichissantes avec les autres



6. HISTOIRE FAMILIALE

Relation	Qualité des relations					Commentaires
	Extrêmement mauvaise	Moyennement mauvaise	Sans opinion	Moyennement bonne	Extrêmement bonne	
Entre ton père et ta mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Entre tes parents et toi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Entre la fratrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Quelles sont les activités que tu réalises avec les membres de ta famille ?

À quoi ressemble un jour de semaine typique dans ta famille ?

À quoi ressemble une fin de semaine typique dans ta famille ?



7. AUTRES

Quelles sont tes qualités ?

Comment réagis-tu à une nouvelle situation ?

Comment es-tu le mieux réconforté ?

Dans tes propres mots, as-tu des inquiétudes ?

Sur une échelle de 1 à 10, quelle est ta souffrance intérieure actuelle ?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Je ne souffre pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je souffre beaucoup