

**Application pour internat**

**Programme de l’oncologie psychosocial**

**Année 2024-2025**

|  |
| --- |
| Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone (H): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone (C): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Province: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse courriel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Parlée | Écrite |
| Anglais |  |  |
| Français |  |  |
| Autre (Spécifiez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  |  |

Langues:

**Programme désiré:** (svp cochez)

Internat (à mi-temps) Practicum (2 -3 jours/semaine)

**Champs d’intérêt** (svp cochez)

L’oncologie psychosocial Soins palliatifs les deux

**Scolarité:**

Nom de votre université: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Programme:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Accréditation reconnue par:

 Association Canadienne de la psychologie  L’Ordre des psychologues du Québec

Association Américaine de la psychologie

Nombre d’année dans votre programme du doctorat (ex. année de qualification, Ph.D. 2) \_\_\_\_\_\_\_\_

Date attendue pour compléter le programme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diplôme (Ph.D., Psy.D., Ed.D) \_\_\_\_\_\_\_\_

**Instruments d’évaluation:**

**Énumérez ci-dessous tous les instruments d’évaluations psychologique dans lesquels vous avez de l’expérience : administration, notation et interprétation.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Domaines** | **Instruments d’évaluation** | **# Administrer** | **# Noter** | **#****Interpréter/****Rapport écrits** |
| Cognitif, Intellectuel | (WAIS-IV) |  |  |  |
| Personnalité | Le questionnaire (MMPI-3) |  |  |  |
|  | L’inventaire de la personnalité (PAI) |  |  |  |
|  | Le questionnaire de Millon (MCMI-III) |  |  |  |
| Entrevue structure clinique | Le questionnaire (SCID I) |  |  |  |
|  | Le questionnaire (SCID I) |  |  |  |
| Dépression/anxiété | L’inventaire de la dépression de BECK (BDI-II) |  |  |  |
|  | L’inventaire d’anxiété de BECK |  |  |  |
|  | Questionnaire d’appréciation des symptômes de l’anxiété (GAD-7) |  |  |  |
|  | Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9) |  |  |  |
| **Veuillez énumérer d'autres tests/mesures avec lesquels vous avez de l'expérience et qui n'apparaissent pas ci-dessus** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Expérience clinique:**

**Veuillez indiquer le nombre de clients que vous avez vus dans chaque colonne selon la modalité de traitement et la durée du traitement**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Modalité** | **Nombre de client(s)** | **Nombre de thérapie de groupe** | **Nombre de thérapie à court-terme (pas plus de 12 rencontres)** | **Nombre de thérapie à long terme (plus de 12 rencontres)** |
| Thérapie cognitivo-comportementale |  |  |  |  |
| Thérapie psychodynamique |  |  |  |  |
| Thérapie par l’acceptation et engagement |  |  |  |  |
| Thérapie de couple et de famille |  |  |  |  |
| Thérapie comportemental dialectique |  |  |  |  |
| Thérapie centrée sur les émotions |  |  |  |  |
| Autre (précisez): |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Veuillez indiquer le nombre de clients que vous avez vus pour un traitement dans chaque colonne en fonction de l'âge et du diagnostic:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Enfants | Adolescents | Adultes | Personnes âgées |
| Trouble de l’humeur |  |  |  |  |
| Trouble cognitif/mémoire |  |  |  |  |
| Trouble alimentaire |  |  |  |  |
| Trouble de la personnalité |  |  |  |  |
| Trouble de la sexualité |  |  |  |  |
| Trouble psychotique |  |  |  |  |
| Trouble de la consommation de substances |  |  |  |  |
| Autres : |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Indiquer le nombre de stages complétés:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lieu du stage | Dates | Superviseur | Titre du professionnel licencié |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Avez-vous réalisé des enregistrements de clients/patients qui ont été examinés avec votre superviseur ?

Enregistrement Audio: Oui Non

Enregistrement vidéo/digital: Oui Non

Observation en direct: Oui Non

Nom, adresse, numéro de téléphone et courriel de vos superviseurs:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom | Adresse | Téléphone | Courriel |
| Superviseur académique |  |  |  |  |
| Superviseur de la formation clinique  |  |  |  |  |

Veuillez nommer deux (2) référents(es):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Adresse | Téléphone | Courriel |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

Superviseurs au programme de l’oncologie psychosocial

Marc Hamel, PhD, psychologue

Lana M. Pratt, PhD, psychologue

Sarah Thomas, psychologue

Superviseure au programme de l’oncologie psychosocial

Marie-Solange Bernatchez, PhD, psychologue