|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom | |  |
| Prénom | |  |
| Date de naissance | |  |
| Profession | |  |
| Pseudonyme Skype |  | |
| État civil :  conjoint(e) de fait  célibataire  marié(e)  séparé(e)  divorcé(e)  veuf (ve) | | |
| Désirez-vous des reçus pour vos assurances?  (pour Québécois seulement) | | Oui  Non |

1. **Quel est votre état de santé actuel ?**

Excellent  Bon  Moyen  Mauvais

1. **Souffrez-vous d’un malaise ou d’une maladie actuellement ?**

OUI  NON

Si oui, lesquels?

1. **Sentez-vous de la tension dans votre corps actuellement ?**

OUI  NON

Si oui, où ?

1. **Prenez-vous des médicaments ?**

OUI  NON

Si oui, lesquels ?

1. **Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes de poids ?**

OUI  NON  Anorexie  Boulimie  Embonpoint  Autre(s) :

Si oui, quand ?

1. **Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de problèmes d'ordre émotionnel et/ou mental ?**

Angoisse  Épuisement professionnel  Dépression  Obsession  Autre(s) :

Si oui, quand ?

1. **Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes de dépendances ou compulsions ?**

OUI  NON  Sucre  Alcool  Drogue  Jeux compulsifs  Autre(s) :

1. **Êtes-vous ou avez-vous déjà été suivi (e) par un psychologue ou un psychiatre ?**

OUI  NON

Si oui, à quelle date et pourquoi ?

1. Avez-vous déjà été diagnostiqué (e) pour un problème en santé mentale ?

OUI  NON

Si oui, à quelle date et pourquoi ?

Si vous êtes suivi actuellement, donnez le nom et les coordonnées du psychologue ou du psychiatre :

1. **Avez-vous déjà été interné/e pour des problèmes de santé mentale ?**

OUI  NON

Si oui, pourquoi ?

1. **Vivez-vous ou avez-vous déjà vécu des traumatismes (choc émotionnel) dont vous vous souvenez clairement ?**

OUI  NON

Si oui, le(s)quel(s) ?

1. **Avez-vous vécu des décès marquants dans votre entourage ?**

OUI  NON

Si oui, le(s)quel(s) ?

1. **Pensez-vous ou avez-vous déjà pensé au suicide ?**

OUI  NON

Si oui, avez-vous des ressources pour vous aider ? Lesquelles ?

1. **Avez-vous d’autres éléments à déclarer sur votre santé mentale et physique qui ne sont pas mentionnés**

**ci-dessus ?**

OUI  NON

Si oui, quoi ?

Les données personnelles mentionnées sur ce bilan santé seront préservées pour une période de 2 ans suite votre dernière consultation. Elles seront ensuite détruites par le consultant.

Votre consultant est lié par un code de déontologie que nous vous invitons à [lire ici](https://ecoutetoncorps.com/files/7615/2604/5370/Code_deontologie_2018.pdf).

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts.

Date :

Signature:

**Faites parvenir ce document uniquement au consultant que vous avez choisi pour vous accompagner dans votre cheminement.**