|  |  |
| --- | --- |
| 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.**