(Ne pas remplir cette section – À l’usage du consultant seulement)

**NUMÉRO DE DOSSIER :**

**DATE DE RENCONTRE INITIALE :**

**NOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**RÉFÉRÉ PAR :**

**QUEL EST VOTRE ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL ?**  Excellent  Bon  Moyen  Mauvais

**PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS ?**  **OUI**  **NON** (POUR INFORMATION UNIQUEMENT)

Si oui, le(s)quel(s)? Pour quelle(s) raison(s) ?

**SOUFFREZ-VOUS D’UN MALAISE OU D’UNE MALADIE ACTUELLEMENT ?**  **OUI**  **NON**

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

**ÊTES-VOUS SUIVI PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ?**  **OUI**  **NON**

**DATE DU DERNIER EXAMEN MÉDICAL :**

**NOM MÉDECIN DE FAMILLE & COORDONNÉS :**

**SENTEZ-VOUS DE LA TENSION DANS VOTRE CORPS ACTUELLEMENT ?**  **OUI**  **NON**

Si oui, où ?

**AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ EU DES PROBLÈMES DE POIDS ?**  **OUI**  **NON**

Anorexie  Boulimie  Embonpoint  Autre(s) :

Si oui, quand ?

**VIVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ VÉCU DES TRAUMATISMES (CHOC ÉMOTIONNEL) DONT VOUS VOUS SOUVENEZ CLAIREMENT ?**  **OUI**  **NON**

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

**AVEZ-VOUS VÉCU DES DÉCÈS MARQUANTS DANS VOTRE ENTOURAGE ?**  **OUI**  **NON**

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

**AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉ/E POUR UN PROBLÈME DE 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 :

**SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT DE PROBLÈMES D'ORDRE ÉMOTIONNEL ET/OU MENTAL ? (dépression, obsession, etc.)**

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

**ÊTES-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ SUIVI (E) PAR UN PSYCHOLOGUE OU UN PSYCHIATRE POUR LES PROBLÈMES NOTÉS CI-DESSUS OU AUTRES ?**  **OUI**  **NON**

Si oui, à quelle date et pourquoi?

**AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ INTERNÉ/E POUR UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE ?**  **OUI**  **NON**

Si oui, à quelle date et pourquoi?

**PENSEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ PENSÉ AU SUICIDE ?**  **OUI**  **NON**

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

**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 ?

**AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ EU DES DÉPENDANCES OU COMPULSIONS ?**  **OUI**   **NON**

Alimentation  Alcool  Drogue  Jeux compulsifs  Sexualité   Affection  Autre

**CONSULTATIONS ANTÉRIEURES (AVEC D’AUTRES INTERVENANTS) ?  OUI**   **NON**

**EST-CE QUE CELA A ÉTÉ AIDANT ?**

**PERSONNE À CONTACTER EN CAS D’URGENCE :**

**NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**LIEN :**

**AVEZ-VOUS DES ALLERGIES :**

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Client  Date

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