

OUVERTURE DE DOSSIER

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

NUMÉRO DE DOSSIER : _____

DATE DE RENCONTRE INITIALE : _____

NOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

RÉFÉRÉ(E) 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(E) PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ? OUI NON

DATE DU DERNIER EXAMEN MÉDICAL : _____

NOM MÉDECIN DE FAMILLE & COORDONNÉES : _____

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, depuis 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(e) actuellement, donnez le nom et les coordonnées du psychologue ou du psychiatre :

OUVERTURE DE DOSSIER

**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 ? 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, lesquels? _____

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

Si vous souffrez d'un problème de santé mentale pour lequel vous êtes ou non médicamenté(e) ou si vous êtes suivi(e) par un professionnel traitant à ce sujet, vous devrez fournir une attestation de celui-ci nous certifiant que vous avez la disposition émotionnelle et mentale pour faire le cheminement proposé dans les phases.

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