

# 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 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 & 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, 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)? \_\_\_\_\_

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

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

# OUVERTURE DE DOSSIER

AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉ/E POUR UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE ?  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 ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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.

Signature

\_\_\_\_\_

Client

\_\_\_\_\_

Date

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.