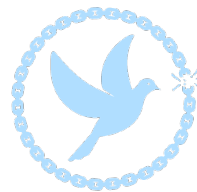


Formulaire de suivi psychothérapeutique

Strictement Confidentiel



Institut Saint Esprit
L'avenir de la santé mentale

Détails Personnels :

Nom :

Prénom(s) :

Âge :

Date de naissance :

Statut marital : célibataire

Adresse exacte :

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

Métier exercé :

Renseignements sur la Santé :

Nom du médecin traitant :

Dernière visite chez le médecin :

Prise d'un traitement médicamenteux ? lequel ?

Avez-vous subi une hospitalisation ces dernières années ?

Si oui la(les)quelle(s) ?

Avez-vous été suivi par un psychologue ? psychiatre?

Dans la liste ci-dessous veuillez entourer les symptômes vous concernant :

Addictions

Cigarette

Alcool

Drogues

Jeux d'argent

Nourriture

Atteindre vos objectifs

Anxiété

Problèmes au travail

Comportements compulsifs

Anxiété

Dépression

Stress

Attaques de panique

Prise de parole en public

problèmes de mémoire

Problèmes relationnels

Problèmes de peau

Problèmes de poids

Concentration

Phobies agoraphobie

Problèmes de fertilité

Peurs

Anorexie

Boulimie

Problèmes sexuels

Autres :

OBJECTIF POUR LA SÉANCE :

Questionnaire spécifique.

ÉVÉNEMENTS IMPORTANTS DE LA VIE :

-

RAPPORTS AVEC MEMBRES DE LA FAMILLE :

VOTRE STATUT SOCIAL ET ÉCONOMIQUE :

VIE AMOUREUSE

VOTRE PLUS GRANDE PEUR :

CHOSES QUE VOUS AVEZ DES DIFFICULTÉS À ACCOMPLIR :

CE QUE VOUS DÉTESTEZ DANS LA VIE :

JE CERTIFIE SUR L'HONNEUR, QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT VRAIS.

SACHANT QUE LE PARTAGE DE FAUSSES INFORMATIONS AURAIT DES RÉPERCUSSIONS DIRECTES SUR LA THÉRAPIE QUE J'ENTREPRENDS, CE DONT M.BARDON NE POURRA ÊTRE RENDU RESPONSABLE.

Signature (tuteur légal) (pour les mineurs).

Signature patient