

## **Formulaire Pré diagnostique**

*Strictement Confidentiel*

### **Détails Personnels :**

**Nom :**

**Prénom(s) :**

**Âge :**

**Date de naissance :**

**Statut marital : mariée**

**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 :**

<b>Addictions</b>	<b>Dépression</b>	<b>Phobies agoraphobie</b>
<b>Cigarette</b>	<b>Stress</b>	<b>Problèmes de fertilité</b>
<b>Alcool</b>	<b>Attaques de panique</b>	<b>Peurs</b>
<b>Drogues</b>	<b>Prise de parole en public</b>	<b>Anorexie</b>
<b>Jeux d'argent</b>	<b>problèmes de mémoire</b>	<b>Boulimie</b>
<b>Nourriture</b>	<b>Problèmes relationnels</b>	<b>Problèmes sexuels</b>
<b>Atteindre vos objectifs</b>	<b>Problèmes de peau</b>	<b>Autres :</b>
<b>Anxiété</b>	<b>Problèmes de poids</b>	
<b>Problèmes au travail</b>		
<b>Anxiété</b>		
<b>Problèmes d'enfance</b>		
<b>Concentration</b>		
<b>Comportements compulsifs</b>		

**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 :

CHOSSES 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 AURAIENT DES RÉPERCUSSIONS DIRECTES SUR LA THÉRAPIE QUE J'ENTREPRENDS DONT M.BARDON NE PEUT ÊTRE RENDU RESPONSABLE.**

**DATE:**

**Signature (tuteur légal)** (*pour les mineurs*).  
**Signature :**

**Signature :**