

QUESTIONNAIRE - HISTORIQUE DE VIE

S'il vous plaît répondre à toutes les questions du mieux que vous le pouvez. Les informations suivantes nous permettront de mieux vous connaître et demeureront confidentielles.

Nom _____

Date _____

Adresse _____

Téléphone (maison) _____

Téléphone (cell) _____

Téléphone (travail) _____

Courriel _____

Pouvons-nous laisser un message?

oui non

oui non

oui non

oui non

Personne à contacter en cas d'urgence _____

Comment la joindre _____

Votre âge _____

Date de naissance

Mois

Jour

Année

Êtes-vous présentement en relation? _____

Depuis combien de temps? _____

État civil _____

Nombre d'enfants et leur âge _____

S'il vous plaît nous en dire un peu plus sur votre éducation, incluant les années de graduation, le(s) diplôme(s) et programme(s) d'étude.

Occupation (emploi actuel ou le plus récent) _____

Employeur _____

Qui vous a référé à nous? Comment avez-vous obtenu notre numéro?

Raison(s) de la consultation

Quelle est la(les) difficulté(s) pour laquelle (lesquelles) vous désirez obtenir de l'aide?

Comment expliquez-vous ce qui se passe dans votre vie?

Décrivez toute difficulté relationnelle à laquelle vous devez faire face.

Décrivez toute difficulté liée au travail ou aux études à laquelle vous devez faire face.

Décrivez vos angoisses financières actuelles (ex : comptes impayés qui s'accumulent, dettes familiales, etc.).

Vivez-vous des situations préoccupantes à l'heure actuelle? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez élaborer.

Quelles sont vos attentes par rapport à la thérapie? Quel but spécifique aimeriez-vous atteindre?

Historique médical

Nom des médecins et autres professionnels impliqués dans votre santé (indiquez leur spécialité).

À quand remonte votre dernier examen médical?

Mois

Année

À quand remontent vos derniers tests sanguins? _____

Mois

Année

S'il vous plaît lister tous les médicaments que vous prenez, incluant les vitamines et suppléments, remèdes à base d'herbes ou médicaments en vente libre.

Nom du médicament (supplément) & dosage	Date de la première prise? Pris pendant combien de temps?	Pour le traitement de?

Avez-vous, **par le passé**, eu d'autres conditions médicales, traitements, chirurgies ou médications?

Y a-t-il des antécédents de maladies mentales ou problèmes dans votre famille?

Qui?

Anxiété, inquiétudes constantes	Oui	Non	_____
Trouble obsessionnel compulsif (TOC)	Oui	Non	_____
Attaques de panique	Oui	Non	_____
Phobies	Oui	Non	_____
Dépression	Oui	Non	_____
Bipolarité ou manico-dépression	Oui	Non	_____
Problèmes d'alcool	Oui	Non	_____
Problèmes de drogues	Oui	Non	_____
Abus sexuel	Oui	Non	_____
Abus physique, émotionnel	Oui	Non	_____
Trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou traumatisme	Oui	Non	_____
Suicide ou tentatives suicidaires	Oui	Non	_____
Schizophrénie ou psychose	Oui	Non	_____
Personnalité avec qui il est difficile de s'entendre	Oui	Non	_____
Anorexie ou boulimie (Troubles alimentaires)	Oui	Non	_____
Comportement criminel	Oui	Non	_____
Autre _____			_____
Autre _____			_____

Environ combien de fois consommez-vous de l'alcool par semaine? _____

En moyenne, combien de boissons alcoolisées buvez-vous par occasion? _____

Environ combien de cigarettes fumez-vous par jour? _____

Si vous avez déjà tenté d'arrêter de fumer, à quand remonte cette dernière tentative d'abandon?

Approximativement, à quelle fréquence utilisez-vous des drogues récréatives (ex: marijuana, cocaïne, etc.) par mois ou année? _____

Historique des difficultés psychologiques

Avez-vous déjà consulté un psychologue/thérapeute/psychiatre? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez élaborer.

Avez-vous déjà été très anxieux? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez élaborer.

Avez-vous déjà eu un problème de colère ou d'agressivité? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez élaborer.

Avez-vous déjà été déprimé? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez élaborer.

Avez-vous déjà songé au suicide, ou à vous blesser physiquement? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez élaborer.

Avez-vous présentement des idées suicidaires? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez élaborer.

Décrivez tout problème ayant eu lieu au cours de votre enfance ou adolescence.

Avez-vous déjà vécu un traumatisme sévère (physique ou psychologique)? Par exemple, un traumatisme pourrait être un événement isolé (tel un accident de voiture) ou un événement répétitif (tel un abus sexuel). Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates et décrire le ou les événements .

Mode de vie

Sommeil

Combien d'heures dormez-vous par nuit actuellement? _____

Êtes-vous satisfait avec ce nombre d'heures?	Oui	Non
Y a-t-il eu des modifications récemment dans vos habitudes de sommeil?	Oui	Non
Éprouvez-vous des difficultés à vous endormir?	Oui	Non
Éprouvez-vous des difficultés à rester endormi?	Oui	Non
Éprouvez-vous des difficultés en vous réveillant trop tôt?	Oui	Non
Éprouvez-vous des difficultés à rester éveillé pendant la journée?	Oui	Non

Dans l'affirmative d'une de ces questions, veuillez expliquer.

Décrivez quelques stressors auxquels vous devez faire face :

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____

Décrivez votre niveau actuel d'**activité physique**, incluant tout sport ou exercice pratiqué.

Veillez décrire vos **habitudes alimentaires** (ex: végétarien, faible en sodium, consommation excessive en période de stress, manque d'appétit, diètes répétitives, etc.).

Fonctionnement social

Décrivez votre intimité; incluant tout problème que vous pourriez avoir en lien avec la sexualité (dysfonction érectile, baisse de désir, douleur, impossibilité d'atteindre l'orgasme, etc.).

Combien de relations très proches avez-vous (relation de soutien), incluant la famille, les ami(e)s et les collègues de travail. _____

Décrivez votre réseau de soutien.

De façon générale, comment vous entendez-vous avec les gens?

Pensez à quelques événements pour lesquels vous avez l'impression qu'ils ont eu un impact important sur vous. Décrivez-les.

Décrivez vos plans pour le futur (carrière, personnel, projets, voyages, passe-temps, passions, etc.):

Merci.