

## QUESTIONNAIRE – COACHING & 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	Pouvons-nous laisser un message?	
Téléphone (maison) _____	oui	non
Téléphone (cell ) _____	oui	non
Téléphone (travail) _____	oui	non
Courriel _____	oui	non

Personne à contacter en cas d'urgence \_\_\_\_\_

Comment la joindre \_\_\_\_\_

Votre âge \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
Mois Jour Année

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) questions(s) pour laquelle (lesquelles) vous désirez obtenir de l'aide?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Décrivez tout obstacle lié au travail ou aux études contribuant à diminuer votre performance.

---

---

---

---

Décrivez toute difficulté personnelle contribuant à diminuer votre performance :

---

---

---

---

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

---

---

---

---

### **Historique médical**

Décrivez tout problème de santé pouvant informer, interférer ou contribuer à vos buts.

---

---

---

---

### **Historique des difficultés psychologiques**

Décrivez tout problème psychologique ou émotionnel pouvant informer, interférer ou contribuer à vos buts.

---

---

---

---

### **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.

---

---

---

---

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

---

---

---

---

### **Fonctionnement social**

De façon générale, comment vous entendez-vous avec vos collègues de travail?

---

---

---

---

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

---

---

---

---

Merci.