



**Clinique Holistique
PSY-SANTÉ
Holistic Clinic**



QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL

Nom de famille: _____ Prénom : _____

Nom de fille à la naissance : _____ Sexe : M F

célibataire marié(e) veuf(ve) séparé(e) divorcé(e)

Date de naissance : _____ Age : _____

No. d'assurance social : _____ No. permis de conduire : _____

Adresse: _____

Courriel: _____@_____

Téléphone : Maison : () _____

Bureau: () _____

Autre : () _____

Employeur : _____ Occupation: _____

CONDITION ACTUELLE		COMMENTAIRES
Selon vous, quel est votre problème/raison pour consulter un psychologue ?		
	OUI	NON
Ce problème vous empêche-t-il de travailler?		
Ce problème vous empêche-t-il de dormir?		
Ce problème vous empêche-t-il de mener à vos tâches quotidiennes?		
Ce problèmes affecte-t-il votre humeur?		
Votre problème découle-t-il d'un événement spécifique?		Si oui lequel?
Votre condition s'emble-t-elle s'aggraver? Constante? <input type="checkbox"/> Va et Vient <input type="checkbox"/>		Si oui, quand?
Avez-vous souffert de ce problème ou d'un problème similaire?		Nom du médecin/praticien : Téléphone et ou/adresse :
Avez-vous consulté un médecin/praticien de santé pour ce problème?		Nom du psychologue/psychiatre/thérapeute :
Avez-vous déjà suivi des traitements chez un psychologue/psychiatre/thérapeute?		



**Clinique Holistique
PSY-SANTÉ
Holistic Clinic**



SANTÉ			OUI	NON		OUI	NON
AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE:					Vision		
Maux de tête					Élimination		
Mémoire					Cholestérol		
Concentration					Diabète		
Poumon					Dos		
Cœur/ACV					Gynécologie		
Glande Thyroïde					Douleurs		
Foie					Sommeil		
Digestion					Autres :		
MÉDICAMENTS			OUI	NON	COMMENTAIRES		
PRENEZ-VOUS ACTUELLEMENT :							
Des calmants?							
Des relaxants musculaires?							
De l'aspirine ou autre analgésique?							
Des antiacides?							
Des pilules amaigrissantes?							
Des laxatifs?							
Des antihistaminiques?							
Des suppositoires?							
Des produits constipant?							
De l'insuline?							
Des anti-inflammatoires?					Nom des médicaments :		
Des produits homéopathiques?					Lesquelles?		
Des vitamines?					Lesquels?		
Des minéraux?					Lesquelles?		
Des tisanes?							
D'autres suppléments alimentaires?							
SECTION À L'USAGE DES FEMMES SEULEMENT							
À quel âge avez-vous débuté vos menstruations?					Ans		
Votre cycle est-il? régulier <input type="checkbox"/> irrégulier <input type="checkbox"/> ou absent? <input type="checkbox"/>							
Avant les menstruations avez-vous des : Crampes <input type="checkbox"/> douleurs <input type="checkbox"/> migraines et/ou autres? <input type="checkbox"/>							
Avant vos menstruations, êtes-vous ? irritable <input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> et ou déprimée? <input type="checkbox"/>							
Durée des symptômes prémenstruels?							
Avez-vous passé la ménopause?							
Avez-vous subi une hystérectomie?							
Avez-vous subi une ligature des trompes?							
Combien de grossesses?							
Combien de naissance?							
Fausse couche?							
Avortement?							



Clinique Holistique
PSY-SANTÉ
Holistic Clinic



NUTRITION - EXERCISE	
Combien de tasse de thé/café buvez-vous par jour?	
Fumez-vous?	Si oui, combien
Avez-vous déjà fumé?	
Combien de consommation d'alcool buvez-vous par semaine?	
En moyenne, combien de repas prenez-vous par jour?	
Suivez-vous présentement une diète pour perdre du poids?	
Désirez-vous maigrir?	Si oui, combien de livres?
Avez-vous des allergies ou sensibilités à certains aliments?	Si oui, lesquels?
Pratiquez-vous une forme d'exercice?	Si oui laquelle? Fréquence :
Combien évaluez-vous votre niveau d'énergie moyen?	(0-100) %
Quel est votre niveau de stress moyen?	(0-100) %
CLINIQUE DE PSYCHOLOGIE	
Vous a-t-on recommandé de venir à notre clinique pour votre problème?	Si oui, nom de la personne référe:
Sinon, qu'est-ce qui vous a décidé à venir? Radio <input type="checkbox"/> Télévision <input type="checkbox"/> Conférence <input type="checkbox"/> Pamphlet d'information <input type="checkbox"/> Enseigne <input type="checkbox"/> Annuaire téléphonique <input type="checkbox"/> Carte d'affaire <input type="checkbox"/> Annonce dans les journaux <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
AUTORISATION	
Désirez-vous être mis sur une liste d'envoi privé pour recevoir des renseignements sur ses cours, ateliers et/ou informations thérapeutiques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'autorise Stéphane Bensoussan, psychologue à transmettre les résultats de mon évaluation et/ou communiquer des renseignements concernant mon dossier à :	Date : _____ Signature : _____