Formulaire de recueil d'informations pour la psychothérapie

Le but de ce questionnaire est d'obtenir des informations vous concernant qui peuvent nous aider à comprendre votre situation. Nous aurons l'occasion de discuter de vos difficultés en détail mais nous n'aurons probablement pas le temps de discuter tous les aspects de votre histoire de vie et de votre situation. Ce formulaire vous permet nous donner des informations et de le faire à votre rythme. Certaines questions concernent des faits tandis que d'autres sont plus subjectives.
Si vous trouvez difficiles de répondre à certaines parties de ce questionnaire, laissez ces éléments vides et nous pourrons les reprendre à une autre prochaine séance.

Il est important de rappeler que **toutes les informations que vous inscrivez dans ce formulaire sont strictement confidentielles.**

Informations personnelles Date de réponse : _____

Nom		Prénom	
Date de naissance		Etat civil	
Occupation		Téléphone	

Vos difficultés et objectifs

S'il vous plaît notez les trois raisons principales qui vous ont amené à chercher de l'aide.

1.
2.
3.

S'il vous plaît indiquez ce que vous désirez obtenir en consultant chez nous.

1.

Vous et votre famille

Où êtes-vous né(e) ? _____

Pouvez-vous donner quelques détails concernant votre **père** (si connu)

- quel âge a-t-il actuellement ? _____
- s'il n'est plus vivant, à quel âge est-il mort ? _____
- quelle est (était) son occupation professionnelle ? _____

S'il vous plaît notez quelques informations concernant votre père, son caractère ou personnalité et votre relation avec lui.

Pouvez-vous donner quelques détails concernant votre **mère** (si connue)

- quel âge a-t-elle actuellement ? _____
- si elle n'est plus vivante, à quel âge est-elle morte ? _____
- quelle est (ou était) son occupation professionnelle ? _____

S'il vous plaît notez quelque chose concernant votre mère, son caractère ou personnalité et votre relation avec elle.

Si vous avez ou avez eu des problèmes dans vos relations avec vos parents, s'il vous plaît décrivez les plus importants.

Dans quelle mesure ces problèmes vous dérangent actuellement ? (entourez)

Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup Insupportable

Vos **frères et sœurs** (si connus)

Combien d'enfants avec vous-même y a-t-il dans votre famille ? _____

S'il vous plaît donnez-nous leur prénom et autres détails listés ci-dessous. Incluez-vous dans la liste et commencez avec le plus âgé. Notez également des demi-sœurs, demi-frères ou autres enfants adoptés par vos parents.

Nom	Occupation	Âge	Sexe	Commentaires
			H / F	
			H / F	
			H / F	
			H / F	
			H / F	
			H / F	

S'il vous plaît décrivez les relations importantes avec vos frères et soeurs, que ces relations soient enrichissantes ou problématiques pour vous.

Comment était l'atmosphère à la maison ?

Y a-t-il eu des changements importants comme par exemple les déménagements ou tout autre événement significatif pendant votre enfance ou adolescence ? Inclure les séparations de la famille. Donner s'il vous plaît les âges approximatifs et quelques détails.

Y a-t-il eu d'autres personnes très importantes pour vous pendant votre enfance (par exemple grands-parents, oncle, tante, ami de la famille, etc.) ? Si c'est le cas pouvez-vous nous dire quelque chose sur eux ?

10. Y a-t-il quelqu'un dans votre famille qui a suivi un traitement psychiatrique ? Oui Non Pas sûr

11. Y a-t-il quelqu'un dans votre famille qui a souffert de maladie mentale, d'alcoolisme ou de toxicomanie ? Oui Non Pas sûr

Si oui remplir le tableau ci-dessous:

Membre de la famille	Lister les problèmes psychiatriques, d'alcool ou de drogue.
1.	
2.	
3.	
4.	

12. Un membre de votre famille a-t-il fait une tentative de suicide ? O / N

Si oui, quel lien de parenté aviez-vous avec lui ? _____

13. Un membre de votre famille est-il mort de suicide ? O / N

Si oui, quel lien de parenté aviez-vous avec lui ? _____

Votre éducation

1. a/ Comment s'est passée votre scolarité ? Votre éducation ?

b/ Avez-vous aimé aller à l'école ? Avez-vous obtenu des succès particuliers ou rencontré des difficultés particulières ? Quels en sont les plus important(e)s ?

La manière dont vous avez vécu votre éducation vous dérange-t-elle maintenant ?

(entourer)

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Enormément

Votre parcours professionnel

1. Quel travail ou activité principale exercez-vous actuellement ?

2. Parlez-nous de vos expériences professionnelles antérieures y compris des formations faites.

3. Avez-vous rencontré des difficultés particulières ? Si oui, quelles étaient les plus marquantes ?

Expériences d'événements traumatisants

1. Parfois des expériences traumatisantes peuvent survenir comme de se trouver dans une situation de danger mortel telle qu'un accident, un incendie ou d'être physiquement attaqué ou violé ; ou de voir une autre personne tuée. Avez-vous vécu de telles situations dans votre vie ?
   a) Si « non », mettez une croix ici : _____
   b) Si « oui », indiquer dans le tableau suivant la liste des événements traumatisants :

Brève description	Date (mois/ année)	Age
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

<u>Si vous avez noté des événements</u>: Il arrive que ces situations vécues reviennent sous forme de cauchemars, flashbacks (=impression de revivre l'événement) ou pensées envahissantes. Est-ce que cela vous est arrivé ? Oui / Non

2. Avez-vous vécu des violences physiques en tant qu'enfant ? Oui Non Pas sûr
3. Avez-vous vécu des violences physiques en tant qu'adulte ? Oui Non Pas sûr
4. Avez-vous vécu des abus sexuels en tant qu'enfant ? Oui Non Pas sûr
5. Avez-vous vécu un/des viol(s) (incluant le viol dans le cadre du mariage) ? Oui Non Pas sûr

6. Avez-vous été maltraité verbalement ou émotionnellement dans votre enfance ? Oui Non Pas sûr

7. Avez-vous été maltraité verbalement ou émotionnellement en tant qu'adulte ? Oui Non Pas sûr

Votre partenaire et vos enfants

1. A propos de votre **partenaire** (si applicable à votre situation)

a) Décrivez les relations amoureuses passées qui ont été importantes pour vous, dans l'ordre chronologique. Indiquez, sil vous plaît, leur durée et pourquoi vous pensez que la relation s'est terminée.

b) Avez-vous un partenaire actuellement ? Si oui,
   a. Quel âge a-t-il/elle ? _____
   b. Quelle est son occupation ? _____
   c. Depuis combien de temps êtes-vous ensemble ? _____

c) Indiquez quelques éléments concernant votre partenaire, son caractère ou sa personnalité et votre relation avec lui/elle. Qu'aimez-vous particulièrement dans cette relation ?

d) S'il y a des problèmes dans votre relation avec votre partenaire, décrivez les plus importants ?

Dans quelle mesure ces problèmes vous dérangent actuellement ?

(entourer)
Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Enormément

2. Comment se passe votre sexualité ? Avez-vous des difficultés dans votre vie sexuelle ? Si oui, essayez de les décrire.

Dans quelle mesure ces problèmes vous dérangent actuellement ?

(entourer)
Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Enormément

3. A propos de **vos enfants** (si connus)
   a) Si vous avez des enfants, indiquez les par ordre d'âge. Indiquez les enfants de mariages précédents ainsi que les enfants adoptés (précisions sous « commentaires »).

Nom	Occupation	Age	Sexe	Commentaires
			H / F	
			H / F	
			H / F	
			H / F	
			H / F	

   b) Décrivez votre relation avec vos enfants. S'il y a des difficultés avec vos enfants, décrivez, s'il vous plaît les plus importantes ?

Dans quelle mesure ces problèmes vous dérangent actuellement ?

(entourer)
Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Enormément

Vos antécédents psychiatriques

1. Avez-vous déjà été hospitalisé pour des raisons émotionnelles ou psychiatriques ?

Oui / Non

   a. Si oui, combien de fois avez-vous été hospitalisé ?

Date	Nom de l'hôpital	Raison de l'hospitalisation	Cela a-t-il été utile ?

2. Avez-vous déjà été traité en psychiatrie ambulatoire ou suivi un traitement psychologique ? Oui / Non

   Si oui, complétez le tableau suivant :

Date	Nom du thérapeute	Raison du traitement	Cela a-t-il été utile ?

3. Prenez-vous des médicaments pour des raisons psychiatriques ? Oui / Non

   Si oui, complétez le tableau suivant :

Médicament	Dosage	Moment(s) de la prise dans la journée	Nom du médecin prescripteur
1.			
2.			
3.			
4.			

4. Avez-vous déjà tenté de vous suicider ? Oui / Non

   Si oui, combien de fois avez-vous tenté de vous suicider ? _____

Date approximative	Qu'avez-vous fait pour vous blesser ?	Avez-vous été hospitalisé ensuite ?
		Oui / Non
		Oui / Non
		Oui / Non
		Oui / Non

Vos antécédents médicaux

1. Qui est votre médecin généraliste? (nom, ville) _____

2. De quand date votre dernier contrôle médical ? _____ _____

3. Y a-t-il eu une dégradation de votre santé dans l'année écoulée ? Oui / Non

Si oui, spécifier : _____

4. Prenez-vous des médicaments de votre propre initiative (sans ordonnance) ? Oui / Non

Médicament	Dosage	Raison
1.		
2.		
3.		
4.		

6. Avez-vous des allergies (aux médicaments ou alimentaires) ? Oui / Non

Si oui, spécifiez : _____

7. Avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement de : (cochez ce qui convient) ?

☐	Epilepsie	☐	Problèmes thyroïdiens	☐	Diabète
☐	Asthme	☐	Tension artérielle trop haute ou trop basse	☐	Anémie
☐	Tuberculose	☐	Chirurgie cardiaque		
☐	Ulcères	☐	Angine de poitrine		

Usage d'alcool et drogues

1. Votre consommation d'alcool vous a-t-elle déjà posé problème ? Oui / Non

2. Quelqu'un vous a-t-il déjà dit que votre consommation d'alcool posait problème ou s'est déjà plaint de votre consommation ? Oui / Non

3. Votre consommation de drogue vous a-t-elle déjà posé problème ? Oui / Non

4. Quelqu'un vous a-t-il déjà dit que votre consommation de drogue posait problème ou s'est déjà plaint de votre consommation de drogue? Oui / Non

5. Avez-vous déjà été dépendant d'un médicament prescrit ou avez-vous consommé beaucoup plus que ce qui était prescrit ? Oui / Non

Si oui, listez les médicaments concernés : _____

6. Avez-vous déjà été hospitalisé à la suite de problèmes de dépendance (alcool, drogues, médicaments) ou suivi un programme de désintoxication ? Oui / Non

Si oui, où et quand avez-vous été hospitalisé ? _____

Votre futur

1. Mentionnez des satisfactions particulières que vous retirez de votre vie de famille, de votre activité professionnelle ou d'autres domaines importants de votre vie.

2. Pouvez-vous indiquer des informations concernant vos plans, espoirs et attentes pour le futur ?

3. Pouvez-vous s'il vous plaît nous dire comment vous vous êtes senti en remplissant ce questionnaire ?

Merci d'avoir pris du temps pour remplir ce questionnaire.