Fiche patient

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Décrivez votre situation de vie actuelle :

Enfants : oui □ non □,

Si oui combien et quel âge ?

Qui sont les personnes qui comptent pour vous, avec qui vous entretenez des relations fortes ? Comment pourriez-vous décrire votre rapport avec elles ?

Emploi : oui □ non □

 Si oui, décrivez votre situation professionnelle actuelle :

**Vous**

Décrivez la nature de votre problématique principale :

Quels sont vos hobbies, vos activités favorites et vos centres d’intérêt ?

Pratiquez-vous des activités physiques régulières ? oui □ non □ Si oui, veuillez préciser :

Avez-vous été victime d’une quelconque forme d’abus au cours de votre enfance (négligence, maltraitance, violence verbale, physique ou sexuelle) ?

oui □ non □ Si oui, exprimez en quelques mots ce que vous avez subi :

Avez-vous connu des litiges en lien avec un divorce ou la garde de vos enfants ? oui □ non □ Si oui, veuillez préciser

**Passé médical, psychiatrique et thérapeutique**

Avez-vous déjà suivi une thérapie par le passé ?

oui □ non □

Si oui, quand s’est déroulée la prise en charge ?

 Combien de temps a-t-elle duré ?

Avez-vous déjà été hospitalisé ?

oui □ non □

Prenez-vous des drogues ou des médicaments psychotropes prescrits par votre médecin traitant ou votre psychiatre ?

oui □ non □

Si oui, veuillez préciser le type de drogue ou de médicament, et décrivez la fréquence d’utilisation et les effets recherchés :