



Fiche Questionnaire – Premier Entretien
Soi, Nature et Énergie psychopraticienne

Informations de Base

Nom et Prénom :

Âge :

Date de Naissance :

Sexe :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Profession :

État Civil : (Célibataire, en couple, marié€, séparé€, etc.)

Enfants : Oui / Non (Nombre et Âge des enfants)

Motif de Consultation

1. Qu'est-ce qui vous amène en consultation aujourd'hui ?

2. Avez-vous déjà suivi une thérapie auparavant ?

Oui / Non

Si oui, quelles approches ou types de thérapie (ex. : psychanalyse, TCC, EMDR, etc.) ?

Comment avez-vous vécu cette expérience ?

3. Avez-vous des attentes spécifiques pour cette thérapie ?

Objectifs ou changements souhaités :

4. Depuis combien de temps ressentez-vous le besoin d'entamer une thérapie ?

Historique Personnel et Familial

5. Contexte familial :

Relations avec les membres de la famille (parents, frères, sœurs, etc.)

Événements marquants (séparations, deuils, conflits, etc.)

6. Y a-t-il des antécédents familiaux de troubles psychologiques ou psychiatriques ?

7. Événements de vie importants :

Deuils, séparations, maladies, changements de vie majeurs

Santé Physique et Mentale

8. Comment décririez-vous votre état de santé général ?

Précisez si vous avez des maladies chroniques ou des troubles de santé particuliers.

9. Êtes-vous actuellement sous traitement médical ?

Oui / Non

Si oui, précisez le type de traitement.

10. Antécédents de troubles psychologiques ou psychiatriques :

Dépression, anxiété, troubles alimentaires, addictions, etc.

Traitement reçu ou en cours :

11. Consommation de substances :

Consommation d'alcool, de tabac, de médicaments, ou de substances illicites (fréquence et quantité si applicable)

État Emotionnel et Psychologique Actuel

12. Quels sont les sentiments prédominants que vous ressentez actuellement ?

(ex. : tristesse, angoisse, colère, etc.)

13. Avez-vous des pensées récurrentes ou obsédantes ?

Si oui, lesquelles ?

14. Votre sommeil est-il perturbé ?

Oui / Non

Si oui, quel type de perturbations (insomnie, cauchemars, sommeil agité, etc.)

15. Comment se manifestent vos émotions dans votre quotidien ?

Impulsivité, repli sur soi, larmes fréquentes, irritabilité, etc.

Relations et Environnement Social

16. Comment décririez-vous vos relations sociales ?

Relations amicales, vie de couple, rapports professionnels

17. Vous sentez-vous soutenu·e par votre entourage ?

Famille, amis, collègues, partenaire

18. Passe-temps et loisirs :

Avez-vous des activités ou des passions qui vous procurent du plaisir ou du réconfort ?

Besoins et Attentes pour la Thérapie

19. Quels sont les changements que vous aimeriez apporter dans votre vie ?

20. Quelles sont vos attentes vis-à-vis de la thérapie et de moi en tant que psychopraticienne ?

Notes de l'entretien

Observations générales du praticien :

(ex. : langage corporel, ton de voix, spontanéité des réponses)

Premières impressions et pistes de travail :

Thèmes récurrents à approfondir

Approche thérapeutique envisagée

.