

Formulaire d'admission au programme

Nom complet : _____ Date : _____

Ce programme par la pleine conscience est un traitement médical et il est de la responsabilité des médecins traitant, de recueillir des informations détaillées sur chaque participant. L'information que vous fournissez dans ce formulaire d'admission est entièrement confidentielle et seulement, les facilitateurs du programme y auront accès.

Coordonnée du participant :

Téléphone : _____ boîte vocale : oui non

Courriel : _____

Adresse postale : _____

Personne-ressource
en cas d'urgence : _____

Lien : _____ Téléphone : _____

N.A.S. : _____ Date naissance : _____

Coordonnée des médecins traitants :

Tous les participants au programme doivent avoir un médecin de soins primaires et / ou un thérapeute pour les soins continus.

Nom du médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Nom du psychiatre : _____ Téléphone : _____

Nom du psychologue : _____ Téléphone : _____

Autres thérapeutes : _____ Téléphone : _____

H1. Qu'est-ce que vous espérez retirer de ce programme?

Nom complet : _____ Date : _____

Informations générales :

G1. Quel âge avez-vous? : _____

G2. Sexe? : Homme Femme Autre : _____

G3. Identité sexuelle? : _____

G4. Orientation sexuelle? : _____

G5. Quel est votre statut?
 Célibataire Union de fait Marié(e) Divorcé(e) Veuf/veuve

G6. Avez-vous des enfants ? Oui Non

Si oui, combien : _____ Âge et sexe de chacun : _____

G7. Combien d'année d'études avez-vous complétées?
 Secondaire non-complété Diplôme secondaire Collégial non-complété
 Diplôme Collégial Certificat Universitaire Baccalauréat
 Maitrise Doctorat Autre : _____

G8. Avez-vous un emploi? Oui, à temps partiel Oui, à temps plein Non

G9. Occupation : _____

Nom complet : _____ Date : _____

Historique thérapeutique

T1. Veuillez décrire tout conseil ou psychothérapie que vous recevez ou avez reçu dans le passé. Inclure avec qui, quand, et quel type de thérapie.

T2. Veuillez décrire toute expérience que vous avez eue avec la thérapie cognitivo-comportementale?

T3. Veuillez décrire toute expérience que vous avez avec la méditation ou le yoga / mouvement conscient.

Nom complet : _____ Date : _____

Historique médical

M1. Avez-vous des allergies connues?

Oui

Non

Si oui, spécifiées : _____

M2. Veuillez énumérer tous les diagnostics psychiatriques officiels, inclure l'année du diagnostic.

M3. Veuillez énumérer toutes les conditions médicales importantes, les blessures ou les chirurgies, inclure l'année du diagnostic et / ou de l'occurrence.

M4. Veuillez énumérer tous les médicaments, y compris les dosages et la fréquence.

M5. Avez-vous déjà été hospitalisé pour des raisons psychiatriques? Si oui, veuillez préciser quand, où, combien de temps et pour quelles raisons:

M6. Avez-vous des antécédents de problèmes psychiques ou de toxicomanie dans votre famille?
Si oui, veuillez préciser:

Nom complet : _____ Date : _____

Historique médical (suite)

M7. Avez-vous subi un traumatisme psychologique ou physique grave, comme une agression ou un abus? Si oui, veuillez indiquer si vous avez reçu un traitement pour ce traumatisme et expliquer si il y a lieu comment ce traumatisme interfère actuellement avec votre vie :

M8. Utilisez-vous abusivement ou abusez-vous actuellement de l'alcool, des drogues illicites ou des médicaments d'ordonnance? Si oui, veuillez préciser les détails :

Questionnaire sur la dépression et l'anxiété (suite)

DA1. Avez-vous déjà eu des épisodes de déprime ou de dépression, peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ou des sentiments de découragement et de désespoir? Si oui, combien d'épisode et quand :

DA1.1 Combien de temps en moyenne ont duré les épisodes mentionnés?

- Jours à semaines Semaines à mois Mois à années

DA2. Avez-vous déjà pensé à mettre fin à votre vie? Si oui, veuillez préciser quand (année):

Nom complet : _____ Date : _____

Questionnaire sur la dépression et l'anxiété (suite)

DA3. Avez-vous déjà tenté de mettre fin à votre vie? Si oui, veuillez élaborer :

DA4. Avez-vous déjà tenté de mettre fin à la vie de quelqu'un d'autre? Si oui, veuillez préciser quand (année):

DA5. Vous êtes-vous senti triste ou déprimé la plupart du temps au cours de la dernière année?

Oui Non

DA5.1 Pensez-vous que votre situation s'améliorera? Oui Non

DA5.2 Avez-vous de l'espoir pour l'avenir? Oui Non

DA5.3 Qu'est-ce qui rend votre vie agréable?

DA6. Avez-vous déjà eu des périodes prolongées de saut d'humeur et / ou d'insomnie sans fatigue, parfois associées à un comportement que vous regrettez plus tard?

Oui Non

Nom complet : _____ Date : _____

Questionnaire sur la dépression et l'anxiété (suite)

DA7. Veuillez évaluer votre humeur au cours des deux dernières semaines sur une échelle de 10 points:

_____ (10 = le plus heureux ; 0 = le plus déprimé)

DA8. Veuillez décrire la qualité de vos habitudes dans les domaines suivants au cours des deux dernières semaines (encrer ou mettre en gras votre choix) :

Sommeil : médiocre passable bon

Appétit : médiocre passable bon

Énergie : médiocre passable bon

Intérêts : médiocre passable bon

Loisir : médiocre passable bon

DA9. Avez-vous déjà eu des attaques de panique (des épisodes soudains de peur intense associés à un sentiment de catastrophe imminente)? Si oui, veuillez élaborer :

DA10. Ressentez-vous une anxiété sociale importante (peur intense ou évitement de rencontrer ou d'interagir avec les gens par peur d'être jugés négativement par eux) de façon à ce que ça interfère avec votre vie? Si oui, veuillez élaborer :

Nom complet : _____ Date : _____

Questionnaire sur la dépression et l'anxiété (suite)

DA11. Avez-vous des phobies spécifiques qui interfèrent avec votre vie? Non Oui - veuillez préciser:

DA12. Pensez-vous que vous vous inquiétez excessivement? Non Oui - veuillez préciser:

Veuillez lire la liste suivante de choses inhabituelles, comme voir des visions ou entendre des voix, auxquelles certaines personnes n’y croient pas. En fait, ces choses peuvent être courantes dans certaines situations.

Si vous avez déjà expérimenté l'un des éléments suivants: veuillez fournir des informations supplémentaires.

Z1. Avez-vous déjà entendu des voix que les autres n’entendaient pas? Oui Non

Z1.1 Si oui, vous ordonnent-ils de faire des choses telles que de vous blesser ou blesser d'autres personnes? Oui Non

Z2. Avez-vous déjà senti que vos pensées étaient lues ou prises en charge par d'autres personnes ou qu'elles vous avaient été volées? Oui Non

Z3. Avez-vous déjà senti que quelqu'un ou quelque chose essayait de communiquer directement avec vous en envoyant des signes ou des signaux spéciaux? Certaines personnes l'expérimentent à travers la radio ou la télévision. Oui Non

Nom complet : _____ Date : _____

Z4. Avez-vous déjà eu l'impression que des gens complotaient pour vous faire du mal et / ou que l'on vous suivait dans tous vos déplacements et que lorsque vous partagiez vos inquiétudes à votre famille, vos collègues et vos amis, ils ne vous prennent pas au sérieux? Oui Non

Z5. Avez-vous des pouvoirs spéciaux que les autres n'ont pas? Oui Non

Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez élaborer ici:

X1. Qu'est qui vous cause du stress? Quels sont vos contraintes actuelles? Vos plus grands soucis? Vos plus grandes préoccupations?

X2. Quels sont vos petits bonheurs dans votre vie? Qu'est-ce qui vous procure le plus de plaisir?

Nom complet : _____ Date : _____

X3. N'hésitez pas à écrire des commentaires pertinents ou des informations supplémentaires que vous souhaitez partager avec les facilitateurs du programme:
