

INDICATIONS PERSONNELLES



Date :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

État civil :

Adresse postale :

Tél. privé : professionnel :

Fax :

GSM :

E-mail :

Médecin(s) traitant(s) :

Nom:

Adresse :

Téléphone :

Envoyé(e) par :

HYPNOSE

THÉRAPIE

1. VOTRE SANTÉ



1.1. Pour quelle raison consultez-vous la thérapeute ?

.....
.....
.....

1.2. Décrivez aussi exactement que possible vos affections physiques actuelles, s'il a lieu.

.....
.....
.....

1.3. Quand vous êtes-vous aperçu(e) pour la première fois de vos symptômes ?

.....
.....
.....

1.4. Quels sont les traitements que vous suivez en ce moment ? Qui vous soigne ?

.....
.....
.....

1.5. Décrivez aussi exactement que possible vos affections psychiques actuelles, s'il y a lieu.

.....
.....
.....

1.6. Avez-vous déjà été soigné(e) pour vos affections psychiques ? Si oui, quand et par qui ?

.....
.....
.....

1.7. Quand vous êtes-vous aperçu(e) pour la première fois de vos symptômes ?

.....
.....
.....

1.8. Y a-t-il dans votre famille des maladies semblables à la vôtre ?

.....
.....
.....

1.9. Antécédents gynéco-obstétricaux :

.....
.....

Date des premières règles :

Les règles sont-elles régulières, s'accompagnent-elles de douleurs importantes ou de modifications de l'humeur ?

.....
.....
.....

Date des accouchements et spécifications de complications éventuelles durant la (ou les) grossesse(s) ?

.....
.....
.....
.....

Date des fausses couches éventuelles :

.....
.....

Date de la ménopause :

Prenez-vous une pilule contraceptive ? Oui Non Si oui, laquelle

.....

Prenez-vous des hormones ? Oui Non Si oui, lesquelles ?

.....

À quel âge en avez-vous pris pour la première fois ?

- pillule contraceptive :

- hormones :

1.10. Antécédents personnels allergiques : aux médicaments (antibiotiques, aspirine...), aux métaux (intolérance aux bijoux de fantaisie), rhume des foins, asthme allergique, urticaire solaire, colorants alimentaires, etc.

Date	Allergie

1.11. Actuellement, prenez-vous des médicaments de manière chronique ? oui non
Si oui, lesquels, et quelle en est la posologie ?

.....
.....
.....
.....

1.12. Énumérez vos éventuelles maladies (seulement les maladies graves) dans l'ordre de leur apparition jusqu'à ce jour, en indiquant à quel âge vous les avez contractées.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

1.13. Avez-vous eu des accidents ? De quelle importance ? A quel âge ? Étiez-vous tombé(e) évanoui(e) ? Si oui, combien de temps ?

.....
.....
.....
.....

1.14. Connaissez-vous une méthode de relaxation ? Laquelle ? Qui vous l'a apprise ?

.....
.....

1.15. Avez-vous des besoins tels que drogues, médicaments, alcool, cigarettes... ?

.....
.....

1.16. Êtes-vous fumeur/fumeuse ? Oui Non

Si oui depuis :

- plus de 5 ans ?
- moins de 5 ans ?
- sans inhaler ?
- en inhalant ?

Nombre de cigarettes par jour :

- moins de 5 ?
- 10 ?
- 15 ?
- 20 ?
- Plus de 20 ?

1.17. Autres remarques que vous voudriez faire au sujet de votre santé :

.....
.....

2. VOTRE PERSONNALITÉ



2.1. Décrivez vos principaux traits de caractère en commençant par ceux qui vous plaisent le plus et en terminant par ceux qui vous plaisent le moins.

.....
.....
.....
.....

2.2. Quelles sont les principales sources de vos joies et de vos peines ?

.....
.....
.....
.....

2.3. Avez-vous du désir ou de l'aversion pour la compagnie ou pour la solitude ?

.....
.....

2.4. Où trouvez-vous de l'aide quand la vie est difficile pour vous ?

.....
.....

2.5. Quelles sont, en ce moment de votre vie, les personnes et les choses les plus importantes pour vous ?

.....
.....
.....

2.6. Quelle est votre occupation favorite ?

.....
.....

2.7. Pratiquez-vous un sport ? Un art ? Lequel ?

.....
.....

2.8. Décrivez ce que vous avez réussi dans votre vie, en précisant s'il s'agit de votre propre point de vue ou de celui de quelqu'un d'autre :

.....
.....
.....
.....

2.9. Quels sont vos principaux regrets ?

.....
.....

2.10. Quels furent les événements les plus marquants de votre vie ?
En quoi vous ont-ils marqué(e) ?

.....
.....
.....
.....

2.11. Quels sont vos souvenirs d'enfance les plus lointains ?
Indiquez l'âge que vous aviez alors ?

.....
.....
.....
.....
.....

2.12. Que savez-vous de votre propre naissance ?

Où êtes-vous né(e) :

- à la maternité ?

- à la maison ?

- ailleurs ?

Comment s'est passé l'accouchement ?

.....
.....
.....
.....

Que s'est-il passé dans la famille pendant que vous étiez dans le ventre de votre mère ?
(événements positifs ou négatifs pendant cette période ; promotion, licenciement, décès,
déménagement, séparation, hospitalisation...)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.13. Avez-vous été nourri(e) au sein ? Si oui, à quel âge avez-vous été sevré(e) ?

.....
.....
.....

2.14. A quel âge avez-vous fait vos premiers pas ?

.....

2.15. A quel âge avez-vous commencé à parler ?

.....

2.16. A quel âge avez-vous été propre ?

.....

2.17. Etiez-vous somnambule quand vous étiez enfant ?

.....

2.18. Décrivez vos talents et vos dons sociaux, artistiques, intellectuels...

.....
.....
.....

2.19. Quels sont vos projets d'avenir ? Quel est votre rêve le plus cher ?

.....
.....

2.20. Quelles sont les raisons qui vous amènent à la consultation ?

.....
.....
.....

2.21. Faites la liste de ce que vous voulez changer dans votre vie, par ordre d'importance :

.....
.....
.....
.....

2.22. Décrivez une journée vraiment heureuse de votre vie.

.....
.....
.....

2.23. Vous avez sans doute un héros (une héroïne) préféré(e). Nommez-le (la). Décrivez-le (la).

.....
.....
.....

2.24. Si vous aviez la possibilité de vous transformer en animal, lequel choisiriez-vous ?

.....
.....
.....
.....

2.25. Racontez un rêve que vous avez fait plusieurs fois.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.26. Êtes-vous insomniaque, et si oui, s'agit-il de difficultés à s'endormir, de réveils fréquents, d'un réveil matinal ?

.....
.....
.....

2.27. Avez-vous le sommeil agité, des soubresauts, grincez-vous des dents ?

.....
.....

2.28. Présentez-vous des modifications de chaleur du corps pendant la nuit, de la transpiration ?

.....
.....
.....

2.29. Faites-vous fréquemment des cauchemars, présentez-vous une anxiété importante pendant la nuit ? Si oui, expliquez.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. VOTRE VIE DE FAMILLE



3.1. Avez-vous été élevé(e) par vos parents naturels ? Si non par qui ?
(si vos réponses aux questions qui suivent concernent votre père ou votre mère de substitution,
veuillez le préciser)

.....
.....
.....

3.2. Votre père vit-il encore ? oui non

3.3. Si oui, quel âge a-t-il ? Quel est son état de santé ?

.....
.....

3.4. Si non, à quel âge est-il mort ? Indiquez la date de son décès ainsi que sa cause.

.....
.....

3.5. Quel âge aviez-vous lorsque votre père est décédé ?

.....

3.6. Quel est - ou était - le métier de votre père ?

.....

3.7. Décrivez les traits principaux du caractère de votre père.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.8. Vivez-vous actuellement avec lui ? Oui Non

3.9. Votre mère vit-elle encore ?

.....

3.10. Si oui, quel âge a-t-elle ? Quel est son état de santé ?

.....
.....

3.11. Si non, à quel âge est-elle morte ? Indiquez la date de son décès ainsi que sa cause.
.....
.....

3.12. Quel âge aviez-vous lorsque votre mère est décédée ?
.....

3.13. Quel est - ou était - le métier de votre mère ?
.....

3.14. Décrivez les traits principaux du caractère de votre mère.
.....
.....
.....
.....

3.15. Vivez-vous actuellement avec votre mère ? Oui Non

3.16. Le mariage de vos parents était-il harmonieux, perturbé, très difficile ?
.....
.....
.....

3.17. Vos parents sont-ils séparés, divorcés ? Oui Non

3.18. Votre père/votre mère a-t-il/elle eu à votre connaissance des relations extraconjugales ?
Oui Non

Si oui, régulièrement ? Oui Non

3.19. Quelles étaient vos relations avec votre père ?
.....
.....
.....

3.20. Quelles étaient vos relations avec votre mère ?
.....
.....
.....

3.21. Quelles sont actuellement vos relations avec votre père ?
.....
.....
.....

3.22. Quelles sont actuellement vos relations avec votre mère ?
.....
.....
.....

3.23. Êtes-vous sentimentalement ou financièrement dépendant(e) de votre père ?

Oui Non Expliquez.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.24. Êtes-vous sentimentalement ou financièrement dépendant(e) de votre mère ?

Oui Non Expliquez.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.25. Indiquez les principes d'éducation de chacun de vos parents : école, morale, religion, sévérité, douceur, punition, récompense, économie, valeur de l'argent, du temps, voyages, etc.

.....
.....
.....
.....

3.26. Établissez la liste de vos frères et soeurs par ordre d'âge en vous mettant dans la liste. (Notez également les fausses couches ou décès)

.....
.....
.....
.....

Remarques

.....
.....
.....
.....
.....

3.27. Décrivez les aspects principaux des relations avec vos frères et soeurs quand vous étiez enfant et adolescent(e) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Et maintenant :

.....
.....
.....

3.28. Vos grands-parents ou d'autres proches parents, amis, ont-ils joué un rôle important dans votre vie ? Si oui, lesquels d'entre eux et de quelle façon ?

.....
.....

3.29. Avec qui vivez-vous actuellement ?

.....

3.30. Décrivez l'ambiance dans laquelle se déroule votre vie quotidienne à la maison ?

.....
.....
.....

3.31. Êtes-vous marié(e) ? Séparé(e) ? Divorcé(e) ?

.....
.....
.....

3.32. A quel âge vous êtes-vous marié(e) ? Quel âge avait votre partenaire ?

.....
.....
.....
.....

3.33. Avez-vous des problèmes conjugaux ou de couple ? Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....
.....
.....

3.34. Votre père, votre mère, votre beau-père ou votre belle-mère vivent-ils avec vous (soulignez) ? Comment se passe cette vie commune ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.35. Avez vous des enfants ? Oui Non

Si oui :

Prénoms : Age : Sexe : Etat de santé :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Remarques éventuelles :

.....
.....
.....
.....

3.36. Avez-vous des problèmes avec vos enfants ? Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. VOTRE VIE AFFECTIVE



4.1. Quels types de contacts (facile, difficile) établissez-vous avec :

- | | |
|----------------------------|--|
| Une femme ? | facile <input type="checkbox"/> difficile <input type="checkbox"/> |
| Un homme ? | facile <input type="checkbox"/> difficile <input type="checkbox"/> |
| Un enfant ? | facile <input type="checkbox"/> difficile <input type="checkbox"/> |
| Vos voisins ? | facile <input type="checkbox"/> difficile <input type="checkbox"/> |
| Vos collègues de travail ? | facile <input type="checkbox"/> difficile <input type="checkbox"/> |
| Vos supérieurs ? | facile <input type="checkbox"/> difficile <input type="checkbox"/> |
| Vos subordonnés ? | facile <input type="checkbox"/> difficile <input type="checkbox"/> |

4.2. Vous sentez-vous en ce moment plutôt seul(e) ou plutôt entouré(e) comme vous le souhaitez ?

.....
.....
.....

4.3. Quels seraient vos souhaits dans ce domaine ?

.....
.....

4.4. Décrivez la qualité de votre vie sexuelle et affective en ce moment, du point de vue de vos besoins personnels.

.....
.....
.....

4.5. Avez-vous actuellement des problèmes sexuels ? Si oui, lesquels ? (Dans le mariage, en dehors du mariage, des désirs et des fantasmes que vous jugez anormaux, masturbation...)

.....
.....
.....
.....

4.6. Avez-vous eu des problèmes sexuels lors de votre enfance et de votre puberté ? Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....

4.7. A quel âge avez-vous eu vos premières règles ? Comment cela s'est-il passé ?

.....
.....
.....

4.8. Quel âge aviez-vous lors de votre première expérience sexuelle ? Comment cela s'est-il passé ? (très bien, bien, mal, très mal).

.....
.....
.....
.....

4.9. Avez-vous été violé(e) ? Oui Non

Si oui, à quel âge ?

.....
.....

4.10. Avez-vous eu ou avez-vous des relations homosexuelles ?

.....
.....
.....
.....

5. VOTRE VIE SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE



5.1. Quelles écoles avez-vous fréquentées ?

.....
.....
.....

5.2. Étiez-vous ou êtes-vous heureux(se) à l'école ? Pourquoi ?

.....
.....
.....

5.3. A l'école, avez-vous eu des difficultés (de contact, à apprendre...) ? Si oui, lesquelles ?

.....
.....
.....

5.4. Avez-vous quitté prématurément l'école ou votre apprentissage ? Si oui, pourquoi ?

.....
.....
.....

5.5. Quel(s) métier(s) avez-vous appris ?

.....
.....
.....

5.6. Votre profession actuelle vous plaît-elle ?

.....
.....

5.7. Préférez-vous exercer une autre profession ? Si oui, laquelle ?

.....
.....
.....

5.8. Quelle est votre position sociale actuelle dans votre profession ?

.....
.....
.....
.....

5.9. Votre ardeur et votre capacité au travail vous paraissent-elles actuellement normales ?

.....
.....
.....

5.10. Avez-vous l'impression d'être efficace ? Oui Non Expliquez.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5.11. Vous sentez-vous forcé(e) de faire ce que vous faites ? Oui Non Expliquez.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. RÉACTIONS À L'ENVIRONNEMENT



En général, vous sentez-vous mieux ou au contraire plus mal, lorsqu'il fait chaud ou froid, lorsque le temps est orageux, en cas de vent ou de pluie, lorsque le temps est humide ou sec ? Êtes-vous frileux(se) ? Expliquez.

.....
.....
.....
.....
.....

7. ENQUÊTE ALIMENTAIRE



7.1. Journal alimentaire :

Afin de pouvoir établir un bilan exact de vos apports alimentaires, veuillez avoir la gentillesse de reprendre en détail au jour le jour ci-dessous deux jours de votre alimentation : types d'aliments et quantités ainsi que nature et quantité de boissons tant aux repas principaux (petit déjeuner, repas de midi et repas du soir) que collations éventuelles ainsi que grignotage entre les repas.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7.2. Désirs et aversions alimentaires :

Parmi les boissons et les aliments de la vie de tous les jours, ressentez-vous une attirance particulière pour : (prière d'entourer les aliments pour lesquels vous avez un goût prononcé)

- > le sucre, les sucreries, bonbons, les friandises, le chocolat ?
- > les pâtisseries, les crèmes glacées ?
- > le sel, les aliments salés ?
- > les aliments gras, le beurre, les fritures ?
- > les oeufs, la viande, les aliments fumés, la charcuterie ?
- > les poissons ?
- > les épices, la moutarde, les plats très relevés ?
- > le pain, les pâtes, le riz, les pommes de terre, les frites ?
- > les légumes (lesquels) ?
- > ail, oignons, échalote ?
- > le lait, les yaourts, les fromages (lesquels) ?
- > les fruits (lesquels) ?
- > les huîtres, les coquillages, les crustacés ?
- > les abats : foie, rognon, coeur, cervelle ?
- > les aliments acides, le vinaigre, les cornichons au vinaigre ?
- > les aliments froids ou chauds ?
- > les boissons froides, gazeuses ou non gazeuses, alcoolisées (bière, vins, alcools) ou chaudes (café, thé, infusions) ?

Existe-t-il des aliments ou des boissons qui, malgré l'attirance que vous ressentiez pour eux, vous provoquent des indispositions ?

.....
.....
.....
.....

Ressentez-vous un dégoût particulier pour les mêmes aliments et boissons ? Autrement dit, quels sont les aliments ou boissons que vous détestez réellement ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Document réalisé par
Florence Bierlaire, psychothérapeute
© 2008