

Anamnèse pour vos séances  **d’hypnose**

**Strictement Confidentiel**

Date : 2022-09-07

Nom : Prénom :

Adresse courriel :

No tél : No tél. urgence :

**Sur une échelle de 1 à 5, quel est votre niveau de satisfaction par rapport aux différentes sphères de la vie énumérées ci-dessous en commençant par votre vie amoureuse? (1 = bas; 5 = élevé)**

1. **Votre relation amoureuse**

[ ]  1

[ ]  2

[ ]  3

[ ]  4

[ ]  5

1. **Votre relation avec votre famille?**

[ ]  1

[ ]  2

[ ]  3

[ ]  4

[ ]  5

1. **Votre relation avec vos amis?**

[ ]  1

[ ]  2

[ ]  3

[ ]  4

[ ]  5

1. **Votre santé physique?**

[ ]  1

[ ]  2

[ ]  3

[ ]  4

[ ]  5

1. **Votre santé mentale?**

[ ]  1

[ ]  2

[ ]  3

[ ]  4

[ ]  5

1. **Votre santé situation financière?**

[ ]  1

[ ]  2

[ ]  3

[ ]  4

[ ]  5

1. **Vos intérêts et passe-temps**

[ ]  1

[ ]  2

[ ]  3

[ ]  4

[ ]  5

1. Expliquez de manière détaillée en vos mots votre problématique
2. Expliquez de manière détaillée les circonstances entourant l'apparition de votre problématique (comment vous vous sentiez, quelles étaient les circonstances qui composaient votre vie) (émotionnel, physique, psychologique, circonstancielle)Bas du formulaire
3. Expliquez de manière détaillée les répercutions sur votre vie à cause de votre problématique (comment vous vous sentiez, quelles étaient les circonstances qui composaient votre vie) (émotionnel, physique, psychologique, circonstancielle)
4. Expliquez dans quel contexte apparaissent le plus souvent les symptômes liés à votre problématique
5. Expliquez quels sont les moyens mis en place jusqu'à maintenant auxquels vous avez eu recours, si possible avec des dates approximatives pour essayer de régler votre problématique, ainsi que les résultats obtenus pour chaque tentative?
6. Avez-vous reçu un diagnostic médical concernant votre problématique et si oui, quel est le diagnostic reçu et pourriez-vous nous donner le nom de votre médecin traitant ainsi que ses coordonnées?
7. Expliquez en quoi est-ce important pour vous de travailler sur cette problématique et comment vous sentiriez vous si elle était réglée
8. Expliquez ce que vous feriez de différents dans un futur proche et éloigné si vous n'aviez plus cette problématique?
9. Selon vous, quelles sont les choses qui amènent l'augmentation de vos symptômes?
10. Toujours selon vous, quelles sont les choses qui amènent la diminution de vos symptômes?
11. À l'heure actuelle, sur quel aspect de votre vie vos symptômes ont t'ils des répercussions?
12. Quel enfant avez-vous été (en quelques mots)?
13. Quel a été, ou quel est votre parcours comme adolescent. étudiant?
14. Votre vie adulte est-elle satisfaisante?
15. Lieu de refuge? (décrivez un endroit imaginaire ou vous pouvez vous détendre en et ou vous vous sentiriez vraiment en sécurité)
16. Les choses qui vous font peur, qui vous rendent triste, en colère, et celles qui vous donnent de la joie?
17. Votre plus grand accomplissement de vie, forces, qualités, fiertés?
18. Les plus grands changements dans votre vie, résiliences, limites?
19. Quels sont vos rêves?

**Signature**

[ ]  En envoyant par courriel mon formulaire, l’envoi fera office de signature de ma part et de preuve de mon consentement sur tout ce qui a été mentionné à chaque paragraphe ci-haut.

Date :

Signature :

