

Formulaire de **baromètre**des réactions

**Strictement Confidentiel**

Date : 2022-09-07

Nom : Prénom :

Adresse courriel :

No tél : No tél. urgence :

**Lorsque vous devez faire face à votre problématique ou vous êtes en crise ou difficulté à cause de votre problématique, indiquez si vous avez les réactions suivantes et si oui, indiquez à quel degrés d’intensité de 1 à 10; 10 étant le niveau le plus élevé**

**Réactions physiques**

**Tensions musculaires**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Tremblements**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Étourdissements et vertiges**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Palpitations cardiaques**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Boule dans l'estomac ou autre partie du corps**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Rage de démangeaison**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Autres réactions physiques**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Réactions psychologiques**

**Fuite lors du contact avec un élément déclencheur**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Éviter avec un élément déclencheur**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Expérience de situations dangereuses afin d'éviter un déclencheur**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Incapacité de s'acquitter d'une responsabilité nécessitant le contact avec un déclencheur**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Automutilation**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Trichotillomanie ou trichomanie**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Autres réactions psychologiques**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Réactions comportementales**

**Incapacité à se raisonner**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Rumination incessante des mêmes pensées**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Perception d'être en danger ou prisonnier**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Création de scénarios catastrophiques**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Croyance d'être anormale, diffèrent ou fou**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Dissociation et mutisme**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Autres réactions comportementales**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Réactions émotionnelles**

**Peurs**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Anxiété**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Angoisse**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Attaque de panique**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Déprime**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Tristesse**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Culpabilité**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Sentiment de panique causée par la peur**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Autres réactions émotionelles**

Oui

Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Conservation des documents de votre dossier**

Vous nous avez donné des informations relatives à votre dossier personnel. Suite à l’entrée de la loi 68, à moins d’avoir contraire de votre part, nous considérons que vous consentiez ainsi à ce que nous consignions dans votre dossier tous les renseignements que vous nous avez transmis ou vous nous transmettrez, verbalement ou par écrit. Également, à moins d’avis contraire de votre part par lettre enregistrée, nous considérons que votre consentement sera valide pour une période de cinq (5) ans

**Attestation de signature**

Par le retour de ce document par courriels, j’atteste avoir pris connaissance des déclarations des articles précités et de ne pas être en défaut en ce que concerne leur contenu. Le renvoi de ces documents par courriel fait office de signature de ma part.

Siganture

Date :Bas du formulaire

