

Programme MBSR

Questionnaire préalable

Ce questionnaire est confidentiel. Il est destiné exclusivement à l’animateur du programme pour lui permettre de prendre en considération les situations individuelles des participants.

Merci de l’adresser à contact@aci-adaro.fr

Nom :

Prénom :

Email :

Téléphone :

Vos disponibilités en journée pour vous joindre plus facilement (jours/horaires) :

Ville de résidence :

Age :

Profession / situation professionnelle :

Situation de famille :

|  |
| --- |
| Avez-vous des problèmes physiques rendant difficiles les mouvements doux et/ou la marche ? |
|  |
| Pratiquez-vous une activité physique ? Laquelle ? |
|  |
| Avez-vous des troubles du sommeil ? Si oui, décrivez les succinctement. |
| * OUI
* NON
 |
| Au cours des 5 dernières années, avez-vous bénéficié d'un accompagnement d’ordre psychologique et/ou psychiatrique ? |
| * OUI
* NON
 |
| Si oui, pendant quelle durée et pour quel(s) motif(s) ? |
|  |
| Actuellement, bénéficiez-vous d'un accompagnement d’ordre psychologique et/ou psychiatrique ? |
| * OUI
* NON
 |
| Si oui, depuis combien de temps et pour quel(s) motif(s) ? |
|  |
| Suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux. Si oui, pour quelle(s) pathologie(s) ? |
| * OUI
* NON
 |
| Au cours du mois écoulé, vous est-il arrivé d'avoir des pensées suicidaires ? |
| * OUI
* NON
 |
| Avez-vous une relation de dépendance avec une ou plusieurs substances (tabac, alcool, drogue)? |
| * OUI
* NON
 |
| Qu'est-ce qui vous procure le plus de plaisir dans la vie ? |
|  |
| Y a-t-il des choses qui vous inquiète dans votre vie ? Si oui, lesquelles ? |
| * OUI
* NON
 |
| Qu’est ce que vous estimez le plus stressant dans votre vie ? |
|  |
| Quelle est votre motivation principale pour suivre ce programme ? |
|  |

Je déclare les réponses ci-dessus sincères et ne pas avoir omis de mentionner des éléments de nature à falsifier la présentation de ma situation personnelle.

Je déclare avoir été informé(e) que le programme MBSR est un programme éducatif et préventif qui ne se substitue pas à un accompagnement d’ordre psychothérapeutique ou psychiatrique ni à un traitement médical.

Fait le

Signature :