

Recueil d’informations

Dans le but de pouvoir répondre de la manière la plus adaptée et spécifique à vos besoins, nous vous proposons de remplir ce recueil d'information avant un premier contact téléphonique. Les informations que vous transmettrez dans ce questionnaire vont ensuite être étudiées par notre équipe de trois psychologues, qui va analyser votre demande ainsi que le type de prise en charge qui vous correspondrait.

​

Les informations inscrites dans ce questionnaire sont à unique destination des psychologues du cabinet Psyhavior. Elles seront conservées dans nos bases de données sécurisées (puis dans votre dossier patient si vous décidez de démarrer un suivi au sein du cabinet), ou bien archivées. Ces informations sont à usage purement informatif, et ne pourrons être utilisées d'aucune autre façon.

A la suite de l'envoie de ce questionnaire, vous serez recontacté dans les 48h par téléphone par l'une des trois psychologues du cabinet, afin de vous faire un retour sur ce que nous pourrions vous proposer.

J’ai pris connaissances des conditions d’utilisation de mes données

Vos coordonnées

Nom :

Prénom :

Date de naissance :      /     /

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

**Si votre demande concerne votre enfant ou un de vos proche, remplissez ci-dessous les informations le ou la concernant :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :      /     /

Votre demande

1. **Motif de la consultation (plusieurs réponses possibles)**

Trouble dépressif  Trouble anxieux

Estime de soi  Mal-être

Trouble de Stress Post Traumatique  Trouble Obsessionnel Compulsif

Trouble des Conduites Alimentaires  TDA/H

Trouble du déficit intellectuel  TSA avec DI

Refus scolaire anxieux  TSA sans DI – SA et AHN

Trouble en DYS  Trouble de la communication

Trouble de l’Opposition avec Provocation  Trouble Explosif Intermittent

Addictions  Trouble Disrupitf avec Dysrégulation Émotionnelle

1. **Ancienneté des symptômes :**

1. **Quels sont les symptômes les plus gênants dans votre vie quotidienne ?**

1. **Quelles sont vos attentes et souhaits dans l’accompagnement ?**

1. **Laquelle de nos psychologues souhaitez-vous solliciter pour votre accompagnement ?**

1. **Nécessitez-vous d’un accès pour Personnes à Mobilité Réduite (PMR) ?**

Merci de votre confiance.

Une fois ce formulaire remplis, veuillez-le à l’adresse mail suivante :

psyhavior@

Nous nous engageons à vous répondre par téléphone dans les 48h afin