**Fiche patient(e)**

Bethany BLYTHIN – Psychologue Clinicienne

*Merci de bien vouloir remplir ce document et de l’amener lors de la prochaine séance.*

Nom :

Prénom :

Âge :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Langue maternelle :

Adresse actuelle :

N° de téléphone :

Email :

Contact de votre médecin traitant :

Niveau d’études :

Métier / profession :

Des allergies (animaux, gluten, produits laitiers, etc) ? :

Situation matrimoniale actuelle (célibataire / marié(e) / séparé(e)) :

Depuis combien de temps ? :

Litiges actuels ? Divorce ? :

Comment m’avez-vous trouvé́ (critères ou mots clés Doctolib / internet / bouche à oreille) ?

**Motif de la demande :**

Pour quelle raison souhaitez-vous faire une thérapie ? Merci de m’indiquer quels sont vos symptômes et depuis quand ils existent.

Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ? Si oui, quand ? Pendant combien de temps ? Merci de me décrire brièvement la prise en charge et de m’indiquer les raisons de son arrêt.

Vos principales angoisses / peurs / inquiétudes ?

**Antécédents personnels :**

Pouvez-vous me dire comment s’est passé votre naissance (et grossesse), si vous avez été allaité, le mode de garde et sa durée, votre début de vie ?

Avez-vous des frères et / ou des sœurs ? Si oui, quel âge ont-ils et quelles sont leurs dates de naissances ?

Avez-vous des enfants ? Si oui, quel âge ont-ils et quelles sont leurs dates de naissances ?

Merci de me décrire comment se sont déroulés la grossesse, l’accouchement, l’allaitement et le mode de garde pour chacun des enfants.

Avez-vous des problèmes de sommeil (endormissement, réveils nocturnes, cauchemars, somnambulisme, réveils tôt…) ? Depuis quand ?

Avez-vous des problèmes de d’alimentation (hyperphagie, anorexie, boulimie, obésité, mangeur compulsif…) ? Depuis quand ?

Avez-vous eu des traumatismes / accidents / hospitalisations ?

Avez-vous eu des idées suicidaires (ou tentatives) ? Quand ? Dans quelles circonstances ?

Prenez-vous des médicaments ? Lesquels / depuis quand ?

Substances ? (Alcool, cigarettes, drogues) ? Fréquence ?

Antécédents familiaux (cas de suicide / addictions / dépressions / schizophrénie / anxiété́ ou autre psychique ou somatique) ?

Emploi de vos parents ?

Vos parents sont-ils divorcés ? Votre âge à ce moment-là̀ ? Comment cela vous a-t-il affecté ?

Décrivez votre enfance (relations avec vos parents / frères et sœurs / grands-parents, vécu à l’école, trauma, pertes, abus ?

Quelles sont vos sources de plaisir dans votre vie ?

Vos espoirs / rêves les plus importants ?