

Fiche d'information

Questionnaire de départ · Hypnose Solution

Afin de gagner du temps en début de séance, je vous propose de remplir ce questionnaire.

Il est confidentiel. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Il sert à établir un point de départ objectif pour mesurer votre évolution dans le temps.

Utilisez toujours la même adresse e-mail pour les 3 questionnaires de suivi.

Vos coordonnées

Ces informations restent strictement confidentielles.

Adresse e-mail

Prénom et nom

Téléphone

Personne à contacter en cas d'urgence et numéro de téléphone

1 – Votre motif de consultation

Quelle est la raison principale qui vous amène à consulter aujourd'hui ?

Quelle est l'intensité de la gêne ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = Aucun problème 10 = Je ne peux plus vivre normalement

Cette situation impacte-t-elle votre quotidien ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Modérément
- ☐ Beaucoup
- ☐ Énormément
- ☐ Autre : _____

Depuis combien de temps cette situation est-elle présente ?

- ☐ Moins d'1 mois
☐ 1 à 6 mois
☐ 6 mois à 2 ans
☐ Plus de 2 ans
☐ Autre : _____

Si l'accompagnement fonctionnait, qu'est-ce qui serait différent dans votre quotidien ?

2 – Contexte médical et thérapeutique

Avez-vous des antécédents psychiatriques ou psychologiques (psychose, troubles bipolaires, dépression sévère, épilepsie, troubles dissociatifs) ?

- ☐ Non
☐ Oui, merci de préciser ci-dessous
☐ Autre : _____

Suivez-vous actuellement un traitement médical ou psychologique ?

- ☐ Non
☐ Oui, merci de préciser ci-dessous
☐ Autre : _____

Si oui, précisez la nature du traitement et le professionnel de santé :

Votre rythme de vie actuel

Comment évaluez-vous globalement votre bien-être en ce moment ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = Très mal 10 = Excellent

Quel est votre niveau de stress quotidien ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = Aucun 10 = Burn-out

Comment estimez-vous la qualité de votre sommeil ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = Déplorable 10 = Excellent

Comment estimez-vous la qualité de votre alimentation ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = Déplorable 10 = Excellente

Comment estimez-vous votre activité physique hebdomadaire ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = Inexistante 10 = Intense

Comment qualifiez-vous votre environnement social (famille, amis...) ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = Inexistant 10 = Nombreux et bienveillant

3 – Vos attentes et votre état de départ

Ces questions établissent votre point de départ. Elles seront comparées à vos réponses futures.

Quel résultat espérez-vous obtenir au terme de l'accompagnement ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = Amélioration légère 10 = Transformation totale

Dans quelle mesure croyez-vous que l'hypnose peut vous aider pour cette problématique ?

- ☐ Pas du tout convaincu(e)
- ☐ Peu convaincu(e)
- ☐ Plutôt convaincu(e)
- ☐ Très convaincu(e)
- ☐ Totalement confiant(e)
- ☐ Autre : _____

Autres éléments importants à partager (allergies, inconforts, inquiétudes, questions sur l'hypnose) :

L'hypnose, un accompagnement complémentaire

- ☐ Je suis conscient(e) que l'hypnose est un accompagnement complémentaire et ne remplace pas un suivi médical.

Date : _____ Signature : _____