PROGRAMME DE GESTION DU STRESS PAR

LA MÉDITATION DE LA PLEINE CONSCIENCE

En 8 semaines selon le protocole MBSR

Questionnaire strictement confidentiel

(à compléter en ligne)

Ces informations nous permettent de mieux vous accompagner

Nom, Prénom, Age : ………………………………………………………………………….

Adresse : ……………………………………...………………………………………………

Email : …………………………………………………………………………………………

Téléphone portable/maison/travail : …………………………………..……………………………...

Profession / Activité : ……………………………………….…………………………………

Personne qui vous envoie : ……………………………………………………………………

Situation de famille : …………………………………….……………………………………..

Problèmes physiques : ………………………….……………………………………………

Faites-vous du sport ? Lequel ? ………………………………………………………………..

Comment est votre sommeil ? ………………………………………………………………..

Au cours des cinq dernières années, avez-vous bénéficié d’un accompagnement psychologique

ou médical, suivi un traitement et pour quelle pathologie ? ……………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Quels médicaments actuels ? ………………………………………………………………….

Vous est-il arrivé d’avoir des pensées suicidaires ? …………………………………………….

Médecin ou psychiatre référent : ………………………………………………………………

Avez-vous une relation de dépendance avec une ou plusieurs substances (tabac, alcool,

drogue) ? ………………………………………………………………………………………

Qu’est-ce qui compte le plus pour vous ? ……………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

Qu’est-ce qui vous procure le plus de plaisir ?…………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Qu’est-ce qui vous inquiète le plus ou quels sont les éléments les plus stressants pour vous ?

…...……………………………………………….……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Quelle est votre motivation principale pour suivre ce programme ? …………………………..

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Inscription et paiement (à préciser) ………

Date et signature :

Odile Van Nedervelde

o.vannedervelde@mbsr-lausanne.com – +41 (0)76 430 12 01 – mbsr-lausanne.com