

Questionnaire préalable programme MBSR

Confidentiel - A remplir par le participant et à retourner par mail à
lezatelieryogameditation@laposte.net

Ce questionnaire préalable au programme MBSR a pour intention de comprendre vos motivations et votre situation personnelle. Il vise aussi à assurer – par souci pour votre bien-être – que c’est un bon moment dans votre vie pour prendre part à ce programme, et que vous n’êtes pas concerné.e par les contre-indications. A sa lecture, l’instructeur pourra vous contacter s’il l’estime nécessaire.

RGDP – protection des données et informations : elles permettent uniquement de mieux vous accompagner et en aucun cas ne serviront à des fins commerciales. Le questionnaire sera conservé de façon confidentielle pour un suivi de dossier – accès limité à l’instructeur animant ce programme – mais vous pouvez à tout moment demander sa destruction.

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Courriel : _____ @

Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez choisi de participer à ce programme MBSR ?

Quelle est la qualité de votre sommeil ?

Pratiquez-vous une activité physique régulière ?

OUI NON Si oui, laquelle ?

Problèmes physiques rendant difficile les mouvements doux, la marche et l’assise en tailleur :

Avez-vous une relation de dépendance avec une ou plusieurs substances (tabac, alcool, drogue, autre) ?

OUI NON Si oui, laquelle ou lesquelles ? A quelle fréquence et avec quelles conséquences ?

Questionnaire préalable programme MBSR

Confidentiel - A remplir par le participant et à retourner par mail à
lezatelieryogameditation@laposte.net

Avez-vous eu une relation de dépendance avec une ou plusieurs substances (tabac, alcool, drogue, autre) ?

OUI NON

Bénéficiez-vous actuellement d'un traitement médical qui pourrait poser problème pour la pratique de la méditation ?

OUI NON Si oui, lequel ?

Bénéficiez-vous actuellement d'un accompagnement psychologique ?

OUI NON

Si oui, avez-vous reçu l'accord de votre médecin / thérapeute / psychologue / psychiatre ?

OUI NON

Au cours des cinq dernières années, avez-vous bénéficié d'un traitement médical ou d'un accompagnement psychologique ?

OUI NON Si oui, pour quelle pathologie ?

Avez-vous été hospitalisé.e pour des raisons de santé mentale ?

OUI NON Si oui,

- pour des motifs médicaux qui pourraient avoir un impact sur votre pratique / participation aux séances ?
 OUI NON
- pour des motifs psychiatriques ?
 OUI NON
- avez-vous reçu l'accord de votre psychiatre ?
 OUI NON

Avez-vous un jour sérieusement pensé ou essayé de mettre fin à vos jours ?

OUI NON Si oui, quand ?

Questionnaire préalable programme MBSR

Confidentiel - A remplir par le participant et à retourner par mail à
lezatelieryogameditation@laposte.net

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 aspects les plus stressants dans votre vie ?

Comment avez-vous découvert ce programme ? Par qui ?

« Le programme que je m'apprête à suivre n'est pas une formation. Il ne me donne aucune qualification pour le transmettre moi-même. Je reconnais par ailleurs que le programme MBSR est un outil éducatif et préventif ne pouvant se substituer à un accompagnement psychothérapeutique ou à un traitement que je m'engage à ne pas interrompre, sans avis médical. Je m'engage aussi à informer mon psychiatre ou médecin référent de mon intention de participer à ce programme. »

Coordonnées de mon psychiatre ou médecin traitant référent, à utiliser uniquement en cas de besoin :

A, _____

le, ___ / ___ / _____

Signature précédée de la « mention lu et approuvé »