

Formulaire de **baromètre**des réactions

**Strictement Confidentiel**

Date : 2022-09-07

Nom : Prénom :

Adresse courriel :

No tél : No tél. urgence :

**Lorsque vous devez faire face à votre problématique ou vous êtes en crise ou difficulté à cause de votre problématique, indiquez si vous avez les réactions suivantes et si oui, indiquez à quel degrés d’intensité de 1 à 10; 10 étant le niveau le plus élevé**

**Réactions physiques**

**Tensions musculaires**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Tremblements**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Étourdissements et vertiges**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Palpitations cardiaques**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Boule dans l'estomac ou autre partie du corps**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Rage de démangeaison**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Autres réactions physiques**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Réactions psychologiques**

**Fuite lors du contact avec un élément déclencheur**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Éviter avec un élément déclencheur**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Expérience de situations dangereuses afin d'éviter un déclencheur**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Incapacité de s'acquitter d'une responsabilité nécessitant le contact avec un déclencheur**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Automutilation**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Trichotillomanie ou trichomanie**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Autres réactions psychologiques**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Réactions comportementales**

**Incapacité à se raisonner**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Rumination incessante des mêmes pensées**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Perception d'être en danger ou prisonnier**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Création de scénarios catastrophiques**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Croyance d'être anormale, diffèrent ou fou**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Dissociation et mutisme**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Autres réactions comportementales**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Réactions émotionnelles**

**Peurs**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Anxiété**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Angoisse**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Attaque de panique**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Déprime**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Tristesse**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Culpabilité**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Sentiment de panique causée par la peur**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Autres réactions émotionelles**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui spécifiez de 1 à 10 : /10

**Conservation des documents de votre dossier**

[ ]  Vous nous avez donné des informations relatives à votre dossier personnel. Suite à l’entrée de la loi 68, à moins d’avoir contraire de votre part, nous considérons que vous consentiez ainsi à ce que nous consignions dans votre dossier tous les renseignements que vous nous avez transmis ou vous nous transmettrez, verbalement ou par écrit. Également, à moins d’avis contraire de votre part par lettre enregistrée, nous considérons que votre consentement sera valide pour une période de cinq (5) ans

**Attestation de signature**

[ ]  Par le retour de ce document par courriels, j’atteste avoir pris connaissance des déclarations des articles précités et de ne pas être en défaut en ce que concerne leur contenu. Le renvoi de ces documents par courriel fait office de signature de ma part.

Siganture

Date :Bas du formulaire

