

## Questionnaire personnel pour le programme MBSR de réduction du stress par la pleine conscience

Informations personnelles			
Prénom et nom		Date de naissance	
Email		Téléphone	

La pratique de la pleine conscience nous amène à nous pencher sur nous-même et peut faire émerger toutes sortes de choses agréables ou moins agréables. Le programme de réduction du stress par la pleine conscience (MBSR) a un effet positif sur la grande majorité des personnes qui le suivent, mais peut également être déstabilisant dans certains cas spécifiques.

Ce questionnaire nous aide à évaluer la situation des personnes intéressées à participer au programme. Il sera traité de manière confidentielle par la personne qui animera le cours qui vous contactera pour approfondir certains points au besoin. Une séance d'information aura lieu avant le début du programme MBSR et permettra de parler plus en détails des différents aspects de son contenu. A cette occasion il sera également possible de parler en privé avec la personne qui animera le cours si vous en sentez le besoin. Il est également possible d'avoir un entretien individuel si cela vous semble nécessaire.

Merci de retourner ce questionnaire rempli, daté et signé à l'adresse suivante :  
Centre Prévention et Santé  
A l'attention de Jean-Daniel Rüedi  
Route de Sombacour 10  
2013 Colombier

Qu'est-ce qui vous amène à vous intéresser à ce programme ?

Etes-vous disponible pour participer à toutes les 8 séances et la journée de pratique ? : oui / non  
Si la réponse est non à quelles dates n'êtes-vous pas disponible ?

Avez-vous la disponibilité et la motivation pour investir une heure par jours pour les pratiques individuelles durant toute la durée du programme ? : oui / non

Y-a-t-il de gros changement prévu pour vous pendant la durée du programme (déménagement, changement d'emploi, etc.) ? : oui / non

Si la dernière réponse est oui pensez-vous que ces changements vous permettront tout de même d'avoir la disponibilité nécessaire pour participer aux séances et effectuer les pratiques quotidiennes ? : oui / non

Rencontrez-vous actuellement des événements difficiles qu'il serait pertinent de partager avec la personne qui va vous accompagner durant ce programme ?

Avez-vous déjà eu des psychoses ou des troubles psychotiques ? : oui / non  
Détails si nécessaire :

Avez-vous déjà eu des pensées suicidaires ? oui / non  
Si oui, à quand remontent les dernières ? :

Avez-vous déjà eu des crises d'angoisse ou de terreur ? : oui / non  
Si oui, à quand remontent les dernières ? :

Avez-vous déjà fait un Burnout ? : oui / non  
Si oui est-vous encore en arrêt de travail ? : oui / non  
Depuis combien de temps est-il terminé ? :

Avez-vous déjà fait une dépression ? : oui / non  
En-cours ? : oui / non  
Depuis combien de temps est-elle terminée ? :  
Quelle a été la durée du dernier épisode ? :  
Autres précisions :

Avez-vous des addictions ? : oui / non  
Si oui lesquels ? :

Développement personnel

La pratique de la pleine conscience peut faire émerger des mémoires difficiles liées par exemple à une séparation, un deuil, des traumatismes, etc. Si vous avez vécu des événements qui vous ont fragilisé au cours de votre vie, avez-vous déjà fait un travail d'intégration sur ceux-ci ? : oui / non  
Détails si nécessaire :

Etes-vous actuellement suivi par un psychiatre ou un psychothérapeute ? : oui / non  
Depuis combien de temps ? :  
Votre thérapeute a-t-il/elle validé le bienfondé de votre intention de suivre le programme MBSR en ce moment ? : oui / non

Avez-vous un traitement médical en cours ? : oui / non  
Détails si nécessaire ( Il n'y a aucune obligation de donner des détails si vous ne le souhaitez pas ) :

Avez-vous des limitations physiques qui pourraient vous empêcher de faire certains mouvements ? : oui / non  
Si oui lesquels ? :

Pensez-vous que c'est le bon moment pour vous de suivre ce programme ? : oui / non

Souhaitez-vous un entretien individuel avec la personne qui guidera le cours ? oui / non

Autre commentaire :

**Veillez noter que ce programme ne se substitue en aucun cas à un traitement psychothérapeutique ou médical.**

**Par votre signature vous attestez que les informations fournies ci-dessus sont exactes.**

Date :

Signature