**Fiche sophrologie**

**NOM, Prénom\*** :

**Adresse (VILLE)** :

**Téléphone portable** :

**Adresse mail\*** :

**Date de séance choisie\* :**

**Que savez-vous de la sophrologie ?**

**Qu’en attendez-vous ?**

**Qelles sont vos difficultés ?** (Passées, présentes, futures) – Liste non exhaustive

Exemples : Comment vous sentez vous dans votre corps ?

Comment prenez-vous soin de votre sommeil ?

Comment prenez-vous soin de votre rapport à la nourriture ?

Comment prenez-vous soin de votre forme physique ?

Avez-vous des douleurs (somatisations) ?

Avez-vous des habitudes exagérées (café, tabac, alcool, drogues ? (Fréquence, quantité)

Avez-vous des projets, des besoins ou des demandes par rapport à cela ?

Avez-vous des préoccupations ou des pensées désagréables ?

Rumination du passé ?

Préoccupation pour le futur ?

Avez-vous des problèmes d’attention et de concentration ou de mémoire ?

Avez-vous des projets, des besoins ou des demandes par rapport à cela

Quelles émotions prédominent dans votre vie ?

Lesquelles sont les plus fréquentes ?

Pouvez-vous vous les expliquer ?

Comment les gérez-vous ?

Vous dominent-elles ?

Avez-vous des projets, des besoins ou des demandes par rapport à cela

Quelles valeurs vous animent ?

* Au niveau personnel
* Au niveau familial
* Au niveau travail
* Au niveau de la société

Pouvez-vous les hiérarchiser ?

Quelles valeurs importantes ne sont pas satisfaites ?

Avez-vous des projets, des besoins ou des demandes par rapport à cela

**Votre médecin traitant est-il informé** que vous suivez ou allez suivre des séances de sophrologie ? (il est conseillé de lui en parler)

***\*Informations obligatoires***