

Date : _____

Nom : _____

Date de naissance : _____



**ÉQUIPE DE SANTÉ FAMILIALE
CLARENCE-ROCKLAND**

Questionnaire pour les services interdisciplinaires

Veillez spécifier votre raison principale pour recevoir les services :

Nutrition

- ☐ Gestion de poids
- ☐ Diabète
- ☐ Troubles de digestion
- ☐ Nutrition chez les enfants
- ☐ Nutrition personnes âgées
- ☐ Autre : _____

Activité physique & exercice

- ☐ Douleur articulaire
- ☐ Gestion de poids
- ☐ Gestion des maladies chroniques
- ☐ Conditionnement physique
- ☐ Prévention des chutes
- ☐ Autre : _____

Santé mentale

- ☐ Anxiété / Stress
- ☐ Dépression
- ☐ Trouble de dépendance
- ☐ Deuil
- ☐ Trauma : _____
- ☐ Formulaires / documents
- ☐ Autre : _____

Séances d'information en groupe (# de séances)

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Gestion du stress et de l'anxiété (1) | ☐ Gestion du sommeil (1) | ☐ Initiation au GLP-1 (1) |
| ☐ Gestion de l'anxiété chez l'enfant (1) | ☐ Ménopause (3) | |
| ☐ Médecine du mode de vie (6-7) | ☐ Motivation et énergie (1) | |

Avez-vous du soutien de la part de votre famille ou de vos amis(es)?

☐ Oui ☐ Non

Disposez-vous d'un moyen de transport?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous une assurance santé privée?

☐ Oui ☐ Non

Disponibilités pour recevoir des appels

☐ Matin ☐ Après-midi

Numéro de téléphone où vous joindre : _____

Pouvons-nous laisser un message sur votre boîte vocale?

☐ Oui ☐ Non

Disponibilités pour les séances d'information

☐ Matin ☐ Après-midi ☐ Soirée

Langue de préférence

☐ Français ☐ Anglais ☐ Les deux

CES INFORMATIONS DEMEURENT CONFIDENTIELLES

Pour l'administration seulement:

Date de réception:

Initiales: