Cabinet médical et psychiatrique Date :

Mario Navarro Chafloque

Psychiatrie et psychothérapie FMH

Av. Auguste Tissot 2

1006 - Lausanne

Tél. +41 21 311 64 85

Nom

Prénom

Date de naissance

Téléphone portable

Questionnaire de prise de contact pour le cabinet médical Mario Navarro Chafloque :

**Je vous prie de bien vouloir de répondre à CHAQUE question SVP et de manière très détaillée :**

**7.1.- Veuillez SVP m'indiquer: Votre âge ( c'est très important).**

**7.2.- Votre métier ou formation.**

**7.3.- Quelle est la raison, quel est le contexte et pourquoi avez vous besoin de demander un rendez-vous, précisément en ce moment ?**

**Argumenter, développer, donner beaucoup d'informations SVP.**

**7.4.-**  **Vos problèmes ou vos difficultés de TOUS les jours liés à une suspicion d’Autisme** **: Donner beaucoup d'informations, cela est indispensable.**

**7.5.-**  **Depuis combien de temps, ces difficultés quotidiennes, on les a constatées, remarquées ou perçues, en LIEN AVEC UN éVENTUEL AUTISME**  **? Donner beaucoup d'informations SVP.**

**7.6.-**  **Depuis combien de temps, vos difficultés quotidiennes, on les a constatées, remarquées ou perçues, en LIEN AVEC UN AUTRE PROBLèME qui n'est PAS l'Autisme ?**

**7.7.- Qui (quelles personnes de votre entourage) a perçu ces difficultés ou ces problèmes quotidiens, et dans quel type de contexte précis ? Donner beaucoup d'informations SVP.**

**7.8.- Votre parcours de vie** : **Donner beaucoup d'informations :**  **depuis la période de l'ENFANCE**   **et depuis la période**  **dans laquelle TOUTES vos difficultés quotidiennes se sont manifestées ou se manifestent encore actuellement y compris** **:**

**7.8.1.- les thérapies suivies, oui ou non, par le passé avec un/e psychologue ou avec un/une pédopsychiatre ou psychiatre**

**7.8.2.- Ou même des hospitalisations en psychiatrie (et les raisons des hospitalisations, p. ex. tentatives de suicides ou des idées suicidaires)**

**7.8.3.- Ou les médicaments pris.**

**7.8.4.- Si vous**  **avez déjà un psychiatre, vous**  **devez D'ABORD** **ANNONCER à votre CAISSE MALADIE que vous voulez être suivi par un DEUXIèME psychiatre et demander l'AUTORISATION de VOTRE CAISSE MALADIE car elle peut REFUSER. Vous DEVEZ obtenir l'autorisation de votre caisse maladie de base AVANT de venir dans mon cabinet médical. Sinon, votre demande chez moi, sera REFUSée.**

**7.9.- QUELS SONT VOS PROBLèMES ACTUELS D’ORDRE GéNéRAL ?**

**Veuillez SVP donner beaucoup d'informations, POUR TOUTES LES QUESTIONS SUIVANTES :**

**- Travail (quels métiers ou aucun), Formation (quelles disciplines), difficulté dans les études (interruption, reprise, arrêt, redoublement, etc), ou pas de formation.**

**- Vie de couple (violences, manipulations ou harcèlement subis, aucun problème),**

**- Vie familial, les enfants. Relation avec les amis,**

**- Des problèmes dans la gestion de l’administratif,**

**- Ou dans la gestion financière ou sur les difficultés financières,**

**- Ou dans l'organisation du quotidien,**

**- Reconversion professionnelle, Assurance Invalidité (l'A.I.) ?**

**- Arrêts maladies brefs ou de longue durée, chômage, licenciements, Revenus d'insertion (R.I.) etc.**

**- Tout autre point que vous estimez IMPORTANT.**

**7.10.- Quelles sont les**  **REMISES en QUESTION** **que vous avez déjà**  **commencées** **dans votre vie, SUR VOTRE PROPRE FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE ET QUOTIDIEN ?**

**7.11.- EXISTE-IL des**  **problèmes** **d’IMPULSIVITé ? Lesquels ? Dans quel domaine ? Quelles conséquences ? Développez le plus possible SVP.**

**7.12.-- Avez-vous des problèmes avec la**  **discipline** **quotidienne ou avec l'autorité ou le**  **respect de l'autorité** **?**

**Si votre réponse est :**  **Oui** **: Je vous demande de RENONCER à demander un rendez-vous auprès de mon cabinet médical.**

**7.13.- Veuillez indiquer SVP si vous avez des PROJETS (par exemple, de formation, professionnels, de voyage ou d'autres types) pour ces prochains trois (3), six (6), douze (12) ou dix-huit (18) mois après votre prise de contact pour un diagnostic et un suivi Autisme dans mon cabinet médical.** **Merci d'avance.**

**7.14.- De plus, NE PAS OUBLIER d'indiquer SVP :**

**7.14. 1.- Quel est l'OBJECTIF précis recherché par la personne qui veut venir dans mon cabinet, avec une thérapie Autisme?**

**7.14. 2.- Quelles sont les ATTENTES précises de la personne qui aimerait venir dans mon cabinet médical ?**

**7.14. 3.- En cas de NON-Adhésion ou NON-Respect de la méthode du diagnostic et du suivi dans mon cabinet médical, la thérapie sera immédiatement arrêtée.**

**7.14. 4.- Si la thérapie ne devait pas correspondre ou répondre aux attentes ou aux besoins de la personne, SVP veuillez me l'indiquer IMMéDIATEMENT afin d'arrêter la thérapie et éviter une fatigue de la personne qui vient à mon cabinet médical.**

**7.15.- Et, Si vous êtes d'accord avec TOUT, écrivez le paragraphe suivant, ci-dessous, à la fin de votre e-mail de prise de contact avec moi :**

**" J'ai lu TOUTES vos conditions d'admission et RéPONDU à TOUTES les QUESTIONS que vous avez posées, en commençant par la question 7.1 jusqu'à la question 7.17 sans exception, et de la manière la plus détaillée possible. Et, je prends conscience de l'exigence des conditions et je suis d'accord avec TOUS les termes de votre méthode de travail, DEPUIS LES EXIGENCES DE LA PRISE DE CONTACT AVEC VOTRE CABINET MéDICAL ainsi qu'avec TOUS les termes du fonctionnement EXIGEANT de votre cabinet Autisme (indiqués sur votre site Internet : www.autisme-navarrochafloque.ch/ ). Et, je m'engage à les RESPECTER TOTALEMENT. "**

**ATTENTION :**

**Si, vous n'écrivez pas ce dernier paragraphe ci-dessus d'acceptation des CONDITIONS, dans votre e-mail de prise de contact, VOTRE DEMANDE NE SERA PAS RETENUE. Merci d'avance.**

**7.16.- SVP, Indiquez** **votre numéro de téléphone portable** **afin de vous transmettre d'autres informations importantes si nécessaire.**

**7.17.-** **SVP : CHAQUE QUESTION précédente nécessite une RéPONSE de votre part :**

**ATTENTION** **: En**  **cas d'ABSENCE de réponse** **TRèS DéTAILLéE à une question précédente,**  **votre demande ne sera PAS retenue.**