

PREVENTION DE L'OBESITE – BOT DESIGN

FICHE PSYCHOLOGUE – BILAN INITIAL

Psychologue :

Nom du patient :

Prénom du patient :

Date de la consultation :

ESTIME DE SOI :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estime de soi | <input type="checkbox"/> Mésestime de soi |
| <input type="checkbox"/> Attend l'approbation de l'adulte | <input type="checkbox"/> Imiter les autres jeunes |
| <input type="checkbox"/> Image corporelle négative | <input type="checkbox"/> Image corporelle positive |
| <input type="checkbox"/> Confiance en soi | <input type="checkbox"/> Non confiance en soi |

ATTITUDES / COMPORTEMENTS / FACTEUR PSYCHOLOGIQUE :

- | | | |
|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Agitation psychomotrice | <input type="checkbox"/> Ronge ses ongles |
| <input type="checkbox"/> Angoisse | <input type="checkbox"/> Puérilisme | <input type="checkbox"/> Hyperémotivité |
| <input type="checkbox"/> Aboulie | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Introversión |
| <input type="checkbox"/> Addiction | <input type="checkbox"/> Apathie | <input type="checkbox"/> Dépression |

TROUBLES DU SOMMEIL :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Oppositions au coucher |
| <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil | <input type="checkbox"/> Cauchemars |
| <input type="checkbox"/> Dort avec les parents | <input type="checkbox"/> Ronflements |

NIVEAU DE MOTIVATION DE L'ENFANT :

- | | | |
|---------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Motivé | <input type="checkbox"/> Moyennement motivé | <input type="checkbox"/> Pas motivé |
|---------------------------------|---|-------------------------------------|

SES MOTIVATIONS :

- | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Esthétisme | <input type="checkbox"/> Santé | <input type="checkbox"/> Vêtements | <input type="checkbox"/> Médecin |
| <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> Pour sa famille | <input type="checkbox"/> Mieux être | <input type="checkbox"/> Mieux se mouvoir |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | | |

OBJECTIFS DE TRAVAIL PSYCHOLOGIQUE :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> L'estime de soi | <input type="checkbox"/> L'image corporelle |
| <input type="checkbox"/> Relations parents / enfants | <input type="checkbox"/> La motivation |
| <input type="checkbox"/> Harcèlement | <input type="checkbox"/> Moquerie |
| <input type="checkbox"/> Diriger vers un suivi psychologique / pédopsychiatrique | |
| <input type="checkbox"/> Diriger vers une ouverture sociale (famille, sport, loisirs etc) | |

OBSERVATIONS, CONCLUSIONS :

DATE DE PROCHAIN RDV :