



1. Outil de dépistage des clients

1. Informations de base

Nom du client: _____

Date: _____

Âge: _____

Langue préférée: ☐ Anglais ☐ Français

Adresse (facultatif) :

E-mail : _____

Téléphone/Portable : _____

2. Motif de la demande de soutien

- ☐ Deuil ou perte
- ☐ Transition de vie (retraite, divorce, maladie)
- ☐ Questions de sens ou de but
- ☐ Exploration spirituelle (religieuse ou non)
- ☐ Faire face au stress, à l'anxiété ou à une humeur basse
- ☐ Soins de fin de vie
- ☐ Autre: _____

3. Attentes

- ☐ Écoute et présence
- ☐ Soutien émotionnel
- ☐ Exploration de la spiritualité ou des valeurs
- ☐ Orientation sur les questions de sens
- ☐ Autre: _____

4. Vérification de la santé mentale et de la sécurité

Consultez-vous actuellement un médecin, un thérapeute ou un psychiatre?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà reçu un diagnostic de santé mentale?

☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez: _____

Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour la santé mentale? ☐ Oui ☐ Non

Au cours du dernier mois, avez-vous eu des pensées de vous faire du mal ou de faire du mal à autrui? ☐ Oui ☐ Non

5. Limites du service

Je comprends que l'accompagnement spirituel n'est pas une psychothérapie, un soin médical ou une intervention de crise. J'accepte de consulter une aide professionnelle si mes besoins dépassent le cadre du soutien spirituel.

☐ Oui, je comprends et j'accepte

☐ Non, je ne suis pas certain(e)

6. Impression initiale (à l'usage du praticien)

Les besoins principaux du client semblent être:

☐ Soins spirituels (appropriés pour les séances)

☐ Problèmes de santé mentale au-delà du cadre → Référence recommandée

☐ Situation de crise → Référer immédiatement aux services d'urgence

Décision:

☐ Accepter pour accompagnement spirituel

☐ Accepter avec prudence (surveiller de près)

☐ Référer à un autre professionnel

Signature (praticien): _____ Date: _____