

Coordonnées

Nom : _____

Statut matrimonial : _____

Adresse : _____

Religion : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Âge : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Puis-je vous laisser des messages? Oui Non

Puis-je vous envoyer des courriels? Oui Non

Meilleur moment pour appeler : _____

Nombre et noms : _____

Dates de la retraite désirée : _____

Enfant(s) Oui Non

Comment avez-vous entendu parler de la Vigne de Rachel?

Avez-vous déjà entrepris un chemin de guérison concernant l'avortement?

Précisez : _____

Quelles sont vos attentes? _____

Qu'est-ce qui est le plus préoccupant pour vous?

Historique

Nombre et date(s) du ou des avortements : _____

Nombre and date(s) du ou des fausses couches : _____

Avez-vous ou eu des symptômes post-avortement?

- Culpabilité
- Anxiété
- Dépression
- Pensées suicidaires
- Dépendance à l'alcool ou aux drogues (u
- Faible estime de soi
- Tristesse

- Honte
- Incapacité à se pardonner
- Colère
- Ressentiment – parents
- Difficulté relationnelle :
 - avec Dieu
 - avec les autres

Prenez-vous des médicaments en lien avec cette situation? _____

En quelques mots, décrivez votre vécu? _____

Besoins spécifiques

Avez-vous un problème médical dont nous devrions tenir compte? _____
ex : Allergies ou intolérances alimentaires

A payé le montant de pré-inscription : Oui Non Date _____ \$ Vir Chèque

Page additionnelle pour décrire le vécu