Merci de mettre une croix dans la case correspondant à votre situation

1ère lettre de votre NOM :

3 premières lettres de votre prénom :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1ère question |  OUI |  NON |
| Avez-vous bénéficié d’un traitement par TCC ? (Thérapeutique Cognitive et Comportementale) |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  2ème question(y répondre si vous avez répondu oui à la première question) | OUI totalement | OUI partiellement | NON |
| La TCC a-t-elle été efficace ? |  |  |  |