

Veillez remplir 50 séances et apporter ce document lors de votre évaluation finale.

Votre nom, prénom : .....

**N° Séance :** .....

Date : ..... Initiales patient : ..... Age patient : ..... F  H

**Si nouvelle séance :**

- Souvenir : .....
- Image : .....
- CN : .....
- CP : .....
- VOC : ..... • Emotion : .....
- SUD : ..... • Sensation : .....

**Si reprise de séance incomplète :**

- Emotion : .....
- SUD : .....
- Sensation : .....
- Séance complète ?  Oui  Non Si oui : SUD final : ..... VOC final : .....

**N° Séance :** .....

Date : ..... Initiales patient : ..... Age patient : ..... F  H

**Si nouvelle séance :**

- Souvenir : .....
- Image : .....
- CN : .....
- CP : .....
- VOC : ..... • Emotion : .....
- SUD : ..... • Sensation : .....

**Si reprise de séance incomplète :**

- Emotion : .....
- SUD : .....
- Sensation : .....
- Séance complète ?  Oui  Non Si oui : SUD final : ..... VOC final : .....