

MAIGRIR ET MINCIR

GRACE A L'HYPNOSE ERICKSONIENNE, LA PNL, LA RELAXATION ET LA BIOSYNERGIE

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL - SECRET PROFESSIONNEL

NOM _____ PRENOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

PROFESSION _____ DATE DE NAISSANCE _____

TÉLÉPHONE personnel _____

professionnel _____

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

	Oui	Non	Poids	Taille
■ Père : obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
■ Mère : obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

	Sexe	Age	Poids	Taille
■ Frères et soeurs	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

Si vous ne savez pas les chiffres exacts, donnez-les approximativement.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Étiez-vous obèse dans l'enfance ? ----- OUI NON

Votre poids à l'âge de 20 ans _____

Votre poids le plus faible _____ et le plus élevé _____ à l'âge adulte

A quel âge a débuté votre obésité ? _____

Avez-vous pris du poids : progressivement
 brusquement (cause ?) _____

Mangez-vous : beaucoup très peu normalement

Avez-vous tout le temps faim ? ----- OUI NON

Faites-vous du sport ? NON OUI Lesquels ? _____

Faites-vous des repas d'affaires ? tout le temps parfois jamais

Avez-vous du diabète ? ----- OUI NON

Avez-vous un excès de cholestérol ? ----- OUI NON

Avez-vous une hypertension artérielle ? ----- OUI NON

Avez-vous des troubles circulatoires ? NON OUI Lesquels ? _____

Tabac : N'a jamais fumé Fume combien par jour ? _____

A arrêté de fumer Quand ? _____

Prise de poids NON OUI combien de kg ? _____

Vous sentez-vous stressé dans votre vie quotidienne ? Souvent Parfois Rarement

Aimez-vous le sucre et les desserts ? ----- OUI NON

Aimez-vous les sauces, les aliments gras, les frites ? ----- OUI NON

Buvez-vous régulièrement des apéritifs et du vin ? ----- OUI NON

Grignotez-vous entre les repas ? ----- OUI NON

Avez-vous déjà traité votre obésité ? ----- OUI NON

Avez-vous déjà suivi un régime hypocalorique ? ----- NON OUI

Résultat : - Bon au début, avec rechute ensuite Mauvais

Avez-vous déjà pris des coupe-faim ? ----- OUI NON

des diurétiques ? ----- OUI NON

des extraits thyroïdiens ? ----- OUI NON

Pour les femmes :

Gonflez-vous ou prenez-vous du poids avant les règles ? ----- OUI NON

Avez-vous gardé un poids excessif après une grossesse ? ----- OUI NON

Prenez-vous des hormones (pilule, traitement de la ménopause) ? OUI NON

Si vous prenez des médicaments pour un quelconque problème de santé, indiquez leur nom :

Au début de l'application de ce traitement :

Age _____ Taille _____ Poids _____ Tour de taille _____

Date de mise en route de la méthode _____ Tour de hanches _____

État général : en pleine forme forme variable souvent fatigué

Coups de pompe après les repas : Souvent Parfois Rarement

Au bout de 15 jours : ----- Poids

Vitalité : accrue inchangée fatigue

Coups de pompe après les repas : Souvent Parfois Rarement

Au bout d'un mois : ----- Poids

Vitalité : accrue inchangée fatigue

Coups de pompe après les repas : Souvent Parfois Rarement

Au bout de 2 mois : ----- Poids

Vitalité : accrue inchangée fatigue

Coups de pompe après les repas : Souvent Parfois Rarement

Au bout de 3 mois : ----- Poids

Vitalité : accrue inchangée fatigue

Coups de pompe après les repas : Souvent Parfois Rarement

Au bout de 4 mois : ----- Poids

Vitalité : accrue inchangée fatigue

Coups de pompe après les repas : Souvent Parfois Rarement

Nom et adresse de votre médecin traitant :

Il est souhaitable de vous faire faire une prise de sang avant la mise en route du traitement et d'en refaire une seconde, 2 ou 3 mois après. Soyez aimable de nous transmettre les résultats :

	1ère prise de sang : date	2ème prise de sang : date
glycémie à jeun		
glycémie post-prandiale		
acide urique		
cholestérol total		
HDL - cholestérol		
triglycérides		

Commentaires, suggestions et critiques :