

Anamnèse, questionnaire de santé

Prénom + Nom : _____ Age : _____ Profession : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Vous nous avez connu par : pages-jaunes, google, médoucine, site web, un(e) ami(e) qui est : _____

Quelles sont vos attentes ?

Poids : _____ Poids idéal : _____ Taille en hauteur : _____ Groupe sanguin : _____ Tour de ventre ? _____

Avez-vous eu des opérations, si oui lesquelles ?

Avez-vous un traitement en cours, lequel / lesquels ?

Prenez-vous :

- des anticoagulants ?
- des antidépresseurs ou anxiolytiques ?
- La pilule ?
- Un traitement hormonal ?
- Des statines (traitement du cholestérol) ?
- Du levothyrox ou un traitement thyroïdien ?
- Des somnifères ?

Etes-vous enceinte ?

Êtes-vous diabétique type 1 ou 2 ? Si oui, sous insuline ?

Prenez-vous des compléments alimentaires (vitamines, minéraux, plantes...) ?

Si oui, lesquels :

Avez-vous fait des analyses sanguines récentes où :

- le taux de vitamine D3 est **au-dessus de 40ng/ml** ? _____ Date : _____
- le taux de Ferritine est **au dessus de 80** ? _____ Date : _____
- le taux de TSH est **supérieur ou inférieur à 1,3** ? _____ Date : _____

Avez-vous une maladie ou un symptôme particulier ?

Est-ce que vous fumez ?

Hypertension (même si corrigé par traitement) ?

Epilepsie ?

Avez-vous de l'arthrose ?

Allez-vous à la selle au moins une fois par jour ?

Si non, au bout de combien de jours ?

Souffrez-vous d'alternance diarrhée/constipation ?

Etes-vous intolérant au gluten ?

Etes-vous intolérant aux produits laitiers ?

Avez-vous un comportement boulimique ?

Mangez-vous en grande quantité ?

Etes-vous végétarien/végétalien/végan ?

Faites-vous des jeûnes réguliers ?

Si oui de combien de temps ?

Avez-vous fait beaucoup de régimes ?

Que mangez-vous au petit déjeuner ?

Que mangez-vous le soir ?

A quelle heure mangez-vous le soir ?

Questionnaire de test des neuromédiateurs (page suivante) : Notez le nombre d'affirmations vraies dans l'ordre

Dopamine ? : _____ Acétylcholine ? : _____ Gaba ? : _____ Sérotonine ? _____

Si vous avez + de 5 en Dopamine, êtes-vous très fatigué ? _____

Questions immunité et toxicité :

Etes-vous né par césarienne ?

Avez-vous pris beaucoup d'antibiotiques dans votre vie ?

Avez-vous eu des anesthésies, combien ?

Beaucoup de vaccins ?

Test Hypno-nutrition selon expérience et neuro modèle

Dopamine	O/N	Acétylcholine	O/N
Je bois plus de 2 expressos par jour		Je réfléchis moins vite qu'avant	
J'ai besoin de café		Je comprends moins vite qu'avant	
Je bois du Coca, Pepsi ou Redbull		J'ai des troubles de la mémoire	
Je bois plus d'un demi-litre de thé par jour		Ma mémoire à court terme est défaillante	
J'ai des envies de sucre toute la journée (sucreries, gâteaux, fruits, boissons sucrées)		Je ne suis pas souple et j'ai des problèmes dans mes mouvements	
Je me sens fatigué même après une bonne nuit de sommeil		Je mange du chocolat emballé dans du papier aluminium	
J'ai besoin de dormir le matin		Mon cerveau est au ralenti	
Je suis épuisé		J'éprouve une fatigue psychique	
Je me sens souvent déprimé		Je bois dans des canettes aluminium	
Je prends facilement du poids		Je bois de l'eau du robinet	
Je fume		J'utilise des capsules de café en aluminium	
J'ai des tremblements		Je ne mange pas d'œuf	
Je prends des amphétamines ou des drogues (ecstasy, cocaïne ou héroïne)		Je suis attiré par les aliments gras (fromage, chips, saucisson)	
J'ai des problèmes de thyroïde		J'ai la bouche sèche	
Je prends des médicaments antidépresseurs type IMAO		Ma pensée est lente ou confuse	
J'ai la maladie de Parkinson		Me concentrer me demande beaucoup d'efforts	
J'ai des malaises		Je suis végétan ou végétalien	
J'ai peu d'envies sexuelles		Je ne mange pas de poisson gras	
Je me concentre moins bien qu'avant		Je ne mange que des produits allégés en matière grasse	
Je suis souvent de mauvaise humeur		J'ai le cerveau dans le brouillard	
Je n'éprouve plus de plaisir		Je suis dyslexique ou dysorthographique	
Je ne suis pas motivé pour atteindre mes objectifs		J'ai des problèmes d'élocution	
Je me désintéresse de la vie		Je crois avoir Alzheimer	
Je suis végétan ou végétalien		Ma créativité est affaiblie	
Je ne mange pas de fromage		J'ai la sclérose en plaque	
Total DOPAMINE (nbre de lignes avec Oui) =		Total ACETYLCHOLINE (nbre de lignes avec Oui) =	
Gaba	O/N	Sérotonine	O/N
Je suis addict à l'alcool		Je suis insomniaque	
Je suis addict au chocolat		Je dors mal	
Si je ne bois pas mon petit verre de vin tous les jours il me manque		Je me réveille plus de deux fois par nuit et j'ai du mal à me rendormir	
Je suis anxieux		Je suis dépressif	
J'ai des angoisses fréquentes		J'ai des problèmes intestinaux (constipation, diarrhée, malabsorption)	
J'ai peur pour l'avenir du monde		J'ai envie de sucre dans l'après-midi et le soir	
J'ai peur de tout		Je déprime facilement	
Je suis paranoïaque		J'ai beaucoup de mal à m'endormir	
Je fume de l'herbe		Je travaille la nuit	
Je cogite beaucoup		Je vis beaucoup de décalages horaires	
Je suis agité		Je suis végétan ou végétalien	
Je mange peu de protéines animales		Je fais un petit déjeuner sucré (pain beurre confiture ou céréales ou viennoiseries...)	
Je suis végétan ou végétalien		Je suis pessimiste	
Je prends des anxiolytiques ou benzodiazépines (Xanax, Lexomil, Temesta, Tranxene, Diazepam, Aprazolam, Lysanxia, valium, Rivotril, Atarax...)		Je prends des médicaments antidépresseurs type IRS (Prozac, Deroxat, Zoloft, Seropram, Seroplex...)	
Je suis épileptique		Je suis triste	
J'ai des TOC (troubles obsessionnels compulsifs)		Je manque de confiance en moi	
Je suis maniaque		Je suis irritable	
Mon cerveau ne s'arrête jamais de penser		Je pleure facilement	
Je fais des attaques de panique		Je fume plus à l'après-midi ou le soir	
J'ai du mal à m'endormir car je pense trop		Je me sens mal quand la nuit tombe	
J'ai des tensions dans les épaules, le dos et les cervicales		Je dors avec une source lumineuse, une télé, des enceintes ou des ondes wifi dans la chambre	
Je me sens énervé pour un rien		Je rajoute du sel sur mes plats	
Je suis psycho rigide		J'ai des pensées suicidaires parfois	
J'ai du mal à me calmer		J'ai des excès de colère	
J'ai du mal à me détendre physiquement		Je trouve la vie difficile	
Total GABA (nbre de lignes avec Oui) =		Total SEROTONINE (nbre de lignes avec Oui) =	

Reporter à présent les 4 totaux sur la page précédente

Consommation / hygiène de vie	Tous les jours	Plusieurs fois par semaine	parfois	rare ment	jamais	Quantité	Commentaires, nom ou marque
Café							
Capsules café en alu							
Canettes en alu							
Chocolat emballé dans alu							
Eau du robinet							
Eau minérale							
Eau de source							
Soda normal							
Soda light							
Soda 0							
Boissons sucrées ou light							
Produits allégés							
Sucettes ou édulcorants							
Chewing-gum							
Chewing-gum sans sucre							
Déodorant Anti transpirant							
Dentifrice au fluor							
Cigarettes							
Cigarette électronique							
cigare							
cannabis							
drogue							
alcool							
vin							
Vin biologique ou biodynamique							
lait de vache							
Utilisation du Micro- ondes							
Nourriture bio							
Biscuits apéritif							
Soupe en sachet							
Plats industriels							
Plats préparés congelés							
Jus de fruits							
chips							
Nourriture chinoise							
Biscuits au chocolat							
Pizza surgelées							
Red bull/boisson énergisante							

Consommation / hygiène de vie	Tous les jours	Plusieurs fois par semaine	parfois	rare ment	jamais	Quantité	Commentaires, nom ou marque
Médicaments							
Activité physique							
Stress							
régimes							
Ballonnements							
Acidité gastrique							
Constipation							
Diarrhée							
Douleurs abdominales							
Gencives qui saignent							
Attirance pour le sucre							
Attirance pour les féculents							
Attirance pour le sel							
Protéines en poudre							
Barres hyperprotéinées							
Barres chocolatées							
Céréales du matin							
Confiture							
Viennoiserie							
Pain							
Pain au levain							
pâtisserie							
Sucre en poudre ou en morceaux							
Fruits sec salés							
Fruits secs sucrés							
Fruits sec natures							
Noix /amandes natures							
Poissons gras (sardine, saumon, maquereau...)							
Poissons blancs							
Œufs bio							
Œufs de batterie							
Œufs en plein air							
Charcuterie sous vide (jambon, dinde...)							
Saucisson							
Sauces industrielles							

Consommation / hygiène de vie	Tous les jours	Plusieurs fois par semaine	parfois	rare ment	jamais	Quantité	Commentaires, nom ou marque
Bouteille d'huile en plastique							
Vinaigre balsamique							
Vinaigre d'alcool							
Vinaigre de cidre pasteurisé							
Vinaigre de cidre non pasteurisé							
Yaourts de vache nature							
Yaourts de vache fruits/sucrés							
Yaourt brebis nature							
Yaourt brebis sucré/fruits							
Yaourt chèvre nature							
Yaourt chèvre sucré/fruits							
Yaourt végétal sucré/fruits							
Yaourt végétal nature							
Yaourts allégés							
Crèmes desserts							
Sel							
Ketchup							
Lait de soja							
Lait de vache bio							
Lait de chèvre							
Lait végétal							
Bonbons							
Chocolat noir							
Chocolat noir bio 70%							
Chocolat au lait							
Chocolat blanc							
Choux crus							
Algues							
Crustacés / coquillages							
Poissons crus							
Viande grillée							
Viande crue							
Viande crue bio ou petit producteur							
Viande blanche							
Viande rouge							

Consommation / hygiène de vie	Tous les jours	Plusieurs fois par semaine	parfois	rare ment	jamais	Quantité	Commentaires, nom ou marque
Légumes cru / cruautés							
Légumes cuits							
Légumes cru / cruautés bio							
Légumes cuits bio							
Fruits entiers							
Fruits entiers bio							
Compotes							
Compotes sans sucre ajouté							
Compotes sans sucre ajouté bio							
Sandwich							
hamburger							
Fast food							
Barbecue							

Coucher avant minuit							
Lever après 6h							
Entre 6 et 8 heures de sommeil							
Sommeil réparateur							

Avez-vous des remarques complémentaires à ajouter ?