

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

Pour tout renseignement particulier concernant ce questionnaire veuillez contacter le + 41 (0)22 548 10 15. Merci de noter votre nom et prénom sur chaque haut de page à droite. **Veuillez retourner ce questionnaire après l'avoir rempli à :** par mail info@hypnocorpe.com

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Sexe : M F ND

Age : _____

Adresse : _____

Canton _____

Nationalité : _____

Langue parlées couramment _____

Téléphone privé : _____

Portable : _____

Professionnel : _____

Email : _____

Profession : _____

Médecin(s) traitant(s) : _____

Impédance muscle/graisse/ %	
Réservé au cabinet	

Date de la consultation		Heure de la consultation	
Taille hauteur en cm:		Poids actuel :	
Poids souhaité :		Nombre de kilos à perdre	
Taille de vêtement actuel :		Taille de vêtement souhaité	
Bonnet de soutien gorge :		Tour de taille en cm	
Nombre d'enfants :		Age des enfants :	

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Père :	Surcharge pondérale : Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Mère :	Surcharge pondérale : Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

FRERES ET SOEURS

SEXE	AGE	POIDS

VOUS

Étiez-vous déjà en surpoids enfant :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Votre poids à l'âge de 20 ans :	kg :	
Votre poids le plus faible :	kg :	
Votre poids le plus élevé :	kg :	

Avez-vous pris du poids :	Progressivement <input type="checkbox"/>	Brusquement <input type="checkbox"/>
	Cause(s) :	
Faites-vous du sport ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si oui lequel(s) :	
Exercice physique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si oui lequel(s) :	
Mangez-vous ?	Beaucoup <input type="checkbox"/>	Normalement <input type="checkbox"/>
	Très peu <input type="checkbox"/>	
Faites-vous un gros repas ?	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>
	Jamais <input type="checkbox"/>	

TABAC

	N'a jamais fumé <input type="checkbox"/>	A arrêté de fumer <input type="checkbox"/>
	Petit fumeur <input type="checkbox"/>	Cigarettes/jour :

STRESS

Vous sentez-vous stressé au quotidien ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si oui, pourquoi	

SANTÉ

Avez-vous du diabète ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, prenez vous un médicaments ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si oui, lequel(s) :	
Avez-vous un excès de cholestérol ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, prenez vous un médicament ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si oui, lequel(s) :	
	Si oui date :	
	CH/Total :	
	CH/LDL :	
	CH/HDL :	
Souffrez-vous d'autres pathologies	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si oui, lesquelles :	

POUR LES FEMMES SEULEMENT

Gonflez-vous ou prenez-vous du poids pendant vos règles ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui combien
Avez-vous gardé une surcharge pondérale après vos grossesses ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, poids en excès :
Êtes-vous ménopausée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Avez-vous pris du poids avec la ménopause ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, combien ?
Suivez-vous un traitement hormonal de substitution (THS) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Lequel

QUESTIONNAIRE ALIMENTAIRE Veuillez noter vos habitudes alimentaires en identifiant la fréquence de consommation des aliments suivants.

Pommes de terre, frites				
Gratin de pommes de terre, purée	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Pommes de terre bouillies	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Miel	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Sucre (blanc et roux)	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Riz	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Spaghettis, nouilles, tagliatelles, lasagnes...	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Pain blanc, biscottes,	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Pain complet	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Pizza	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Quiche, bouchées, feuilletés	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Pâtisseries	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Confitures sucrées	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Confitures sans sucre	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Céréales (type corn-flakes)	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Barres chocolatées	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Biscuits, madeleines, sablés	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Maïs, polenta	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Pop Corn	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Semoule de blé (Couscous)	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Crème glacée	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Riz complet	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Riz Basmati	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Lentilles	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Haricots secs, flageolets	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais
Petits pois	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais

verts, épinards, aubergine, courgettes...)				
Salade verte	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Tomates	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Banane	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Autre fruits	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Fruits secs	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Crème fraîche	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Beurre	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Lait	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Riz au lait	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Crème caramel	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Fromage affiné	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Fromage blanc	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Fromage blanc 0%	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Yoghourt	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Aspartam	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Fructose	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Cacahuète	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Huile d'olive	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Huile d'arachide	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Œufs	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Bœuf	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Mouton	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Porc	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Charcuteries	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Huîtres, crustacés	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Poisson	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Poisson pané	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>

Vin blanc	Ts les jours* <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Vin rouge	Ts les jours* <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Jus de fruits	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Chocolat ordinaire	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
Chocolat plus de 70%	Ts les jours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>

*Précisez le nombre de verre

FRÉQUENCE DES REPAS

Petit-déjeuner	A la maison <input type="checkbox"/>	Au travail <input type="checkbox"/>	Au restaurant <input type="checkbox"/>
Décrivez ce que vous mangez :			
<hr/>			
<hr/>			
Déjeuner	A la maison <input type="checkbox"/>	Au travail <input type="checkbox"/>	Au restaurant <input type="checkbox"/>
Décrivez ce que vous mangez :			
<hr/>			
<hr/>			
Dîner	A la maison <input type="checkbox"/>	Au travail <input type="checkbox"/>	Au restaurant <input type="checkbox"/>
Décrivez ce que vous mangez :			
<hr/>			
<hr/>			
Grignotage	Jamais <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>
Décrivez ce que vous mangez :			
<hr/>			

