



## Questionnaire à remplir et à retourner par mail

Nom :

Prénom :

Mail :

1	<b>Nombre d'organes enlevés :</b> Indiquez ici le nombre d'organes qui vous ont été enlevés. L'appendice, les amygdales, végétations, un membre ou un doigt font partie des organes à mentionner. Les dents font également partie des organes enlevés. Vous devez calculer en comptant le nombre de fois que le corps est entré en choc par cette opération. Le nombre de dents enlevées n'a pas d'importance mais le nombre de fois que le corps a subi un choc compte pour un organe enlevé. On peut simplifier en comptant 1 pour toutes les dents du haut enlevées et 1 pour toutes les dents du bas enlevées.
2	<b>Nombre de drogues synthétiques (médicaments) utilisées fréquemment :</b> Indiquez ici les substances pharmaceutiques prescrites par le médecin et utilisées sur une base régulière. Nous ne tenons pas compte des compléments alimentaires.
3	<b>Nombre de cigarettes ou cigares fumés par jour :</b> Indiquez ici toute substance avec nicotine.
4	<b>Nombre de substances stéroïdes utilisées pendant l'année :</b> Toute substance contenant de la cortisone ou des hormones artificielles (pilule anticonceptionnelle, etc.)
5	<b>Nombre d'amalgames présents dans la bouche:</b> Indiquez ici le nombre d'amalgames présents votre bouche. Les plombages en blanc ne comptent pas, seulement les gris au plomb et au mercure.
6	<b>Nombre de drogues de la rue:</b> Indiquez ici votre éventuelle consommation de narcotiques tels que le cannabis, le haschisch, la cocaïne etc. Indiquez le nombre d'utilisations par mois en moyenne.
7	<b>Nombre d'allergies connues bien documentées :</b> allergies majeures qui ont été confirmées médicalement.
8	<b>Nombre de facteurs mentaux (conflits) non résolus :</b> Indiquez ici le nombre de conflits psychologiques présents et non résolus (Ex : avec le conjoint, les enfants, les parents, avec soi-même, etc.)
9	<b>Je suis responsable de ma santé:</b> Indiquez ici sur une base de 1 à 10, dix étant le plus élevé, à combien vous vous sentez responsable vis-à-vis d'une maladie, d'un désordre ou d'une dysfonction qui peut vous affliger. Ceci inclut tous les plans tels que le plan physique, le plan mental ou le plan émotionnel. On peut résumer en posant la question : «Est-ce que vous avez l'impression que vous êtes en contrôle pour tout ce qui concerne la santé de votre corps?»
10	<b>Pourcentage de gras dans l'alimentation:</b> Indiquez ici sur une base de 10 quel est ce pourcentage considérant que 4 est la moyenne pour une diète normale, 5 représente une diète incluant beaucoup de fritures ou aliments préparés et que 2 représente une alimentation idéale.
11	<b>Stress personnel de 0 à 10 :</b> Indiquez ici votre niveau de stress sur une échelle de 1 à 10. Dix représente le stress le plus élevé avant d'être nuisible pour la santé. Si vous indiquez un nombre de 7 et plus, <b>REPLIR LE TABLEAU SUR LES</b>

		<b>STRESS ci-dessous.</b>
12	<b>Portion(s) de sucre :</b> Indiquez ici toutes les portions de sucre consommées par jour, incluant la crème glacée etc. Chaque biscuit et cuillerée de sucre dans les cafés comptent pour une portion.	
13	<b>Session(s) d'exercice par semaine :</b> Indiquez ici le nombre de périodes d'exercice cardio-vasculaire faites par semaine comprenant au moins 20 minutes consécutives (pulsations cardiaques supérieures à 100).	
14	<b>Consommation d'alcool :</b> Indiquez ici le nombre de consommations d'alcool prises par jour (vin,etc.)en nombre de verres sachant qu'un litre = 8 verres	
15	<b>Consommation de caféine :</b> Indiquez ici toute substance de caféine telle que thé, café ou liqueur contenant de la caféine ainsi que le chocolat. En tasse	
16	<b>Substance(s) toxique(s), radiations :</b> Indiquez ici le nombre d'exposition(s) à des produits toxiques tels que les insecticides, produits chimiques ou toute exposition aux radiations telles que les écrans d'ordinateur, haute utilisation de téléphones portables.	
17	<b>Nombre d'accidents majeurs :</b> Indiquez ici tout accident ayant provoqué un état de choc majeur au corps.	
18	<b>Nombre d'infections majeures :</b> Indiquez ici toute infection majeure ayant requis un antibiotique pendant une période prolongée.	
19	<b>Nombre de verres d'eau :</b> Indiquez ici le nombre de verres d'eau ou de jus naturel consommés par jour (1 litre = 8 verres).	
20	<b>Nombre de kilos en trop:</b> Indiquez ici tout poids en extra selon vous	



## Les Stress : Tous ceux qui vous posent problème.

1	<b>Stress interpersonnel :</b> Indiquez ici votre niveau de stress entre individus sur une échelle de 1 à 10, 10 étant le maximum.
2	<b>Stress au travail ou à l'école :</b> Indiquez ici votre niveau de stress provenant du travail ou de l'école sur une échelle de 1 à 10, 10 étant le maximum.
3	<b>Stress avec soi-même ou l'argent :</b> Indiquez ici votre stress provenant de votre relation avec vous-même ou l'argent sur une échelle de 1 à 10, 10 étant le maximum.
4	<b>Stress causé par la maladie :</b> Indiquez ici votre niveau de stress provenant de toute maladie sur une échelle de 1 à 10, 10 étant le maximum.
5	<b>Stress causé par la famille :</b> Indiquez ici votre stress provenant de votre famille avec vous-même sur une échelle de 1 à 10, 10 étant le maximum.
6	<b>Stress issu du désir que les choses soient différentes :</b> Indiquez ici votre niveau de stress provenant du désir que les choses dans votre vie soient différentes, sur une échelle de 1 à 10, 10 étant le maximum.
7	<b>Problème d'intestin :</b> Indiquez ici tout problème provenant de votre intestin, soit avec vos selles, diverticulose ou autre maladie. Sur une échelle de 1 à 10, 10 étant le maximum.
8	<b>Problème de transpiration :</b> Indiquez ici tout problème provenant de votre

		transpiration sur une échelle de 1 à 10, 10 étant le maximum.
	9	<b>Problème d'urine</b> : Indiquez ici tout problème urinaire sur une échelle de 1 à 10, 10 étant le maximum.
	10	<b>Problème de mucus</b> : Indiquez ici tout problème de mucus sur une échelle de 1 à 10, 10 étant le maximum.
	11	<b>Problème de menstruations</b> : Indiquez ici tout problème provenant de vos menstruations sur une échelle de 1 à 10, 10 étant le maximum.
	12	<b>Problème de respiration</b> : Indiquez ici tout problème respiratoire sur une échelle de 1 à 10, 10 étant le maximum.
	13	<b>Problème de peau</b> : Indiquez ici tout problème cutané sur une échelle de 1 à 10, 10 étant le maximum.
	14	<b>Méditation et réduction du stress</b> : Combien de fois par jour méditez-vous ou utilisez-vous une technique de réduction du stress?
	15	<b>Avez-vous reçu des traitements énergétiques ?</b>



	1	Ressentez-vous de la tristesse ?
	2	Ressentez-vous de l'anxiété ?
	3	Ressentez-vous de la peur ?
	4	Avez-vous de la difficulté à entrevoir votre futur ?
	5	Avez-vous de la difficulté avec votre volonté ?
	6	Vous sentez-vous aimé ?
	7	Entendez-vous ce que votre corps vous dit ?
	8	Votre esprit est-il en paix ?
	9	De quelle pathologie souffrez-vous ?

*Je vous remercie d'avoir pris le temps de remplir en conscience ce questionnaire qui va me permettre de déterminer rapidement les harmonisations prioritaires pour des séances de Biofeedback efficaces.*

*Dès réception de ces documents, je prends rapidement contact téléphonique avec vous afin de convenir ensemble de la date et heure de la session.*

*En fin de session je prendrai contact avec vous par téléphone afin de vous en faire le compte rendu.*