

## ▪ QUESTIONNAIRE #1 - Questionnaire de départ

Nom du client : \_\_\_\_\_

### GESTION DE POIDS

1. À quand remonte votre **premier** régime ?  Enfance  Adolescence  
 Jeune adulte  Adulte
2. À quand remonte votre **dernier** régime ?  6 mois et moins  6 à 12 mois  
 12 à 36 mois  Autre : \_\_\_\_\_
3. Quel type de régime avez-vous essayé ou essayez-vous présentement  
 Minçavi  *Weight Watchers*  Protéines liquides  Coupe faim  
 800 calories et moins/jour  Nutridiète/ *Slim fast*  Faible en glucides  
 Montignac  Atkins  Autres : \_\_\_\_\_
4. Expliquez brièvement votre surplus de poids.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
5. Mangez-vous entre les repas (grignotage)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Consommez-vous régulièrement des aliments riches en gras ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Consommez-vous régulièrement des aliments riches en sucre ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Consommez-vous régulièrement des aliments riches en sel ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Mangez-vous pour vous désennuyer ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# PsyHypnosePNL

Le bien-être s'invite chez vous

10. Pensez-vous faire de la rétention d'eau ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Buvez-vous de 8 à 10 verres d'eau par jour ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Mangez-vous au moins 5 portions de légumes et fruits par jour ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Avez-vous parfois des problèmes de digestion ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Pratiquez-vous une activité physique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Prenez-vous des vitamines ou suppléments ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Mangez-vous seulement quand vous avez faim ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mangez-vous pour obtenir une relaxation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mangez-vous pour obtenir une compensation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Mangez-vous pour obtenir du plaisir ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mangez-vous pour combattre une expérience émotionnelle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Mangez-vous pour vous distraire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Vivez-vous du stress ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Vivez-vous une grande fatigue, un manque d'énergie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Mangez-vous devant la TV ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Mangez-vous davantage en situation sociale (au restaurant, en groupe) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Est-ce que vous vous levez la nuit pour manger ? \_\_\_\_\_

27. Est-ce que vous sautez des repas ? \_\_\_\_\_

28. Nommez les aliments problématiques à votre amaigrissement ? (« Fast food », chips, chocolat, pain, pâte, viande, alcool, etc.)

---

---



# PsyHypnosePNL

*Le bien-être s'invite chez vous*

29. Est-ce que votre entourage vous encourage dans votre démarche?

---

30. Avez-vous des problèmes de santé liés à votre surplus de poids?

---

31. Combien de temps allouez-vous pour votre amaigrissement?

---

32. Mangez-vous dans votre voiture ? \_\_\_\_\_

33. Avez-vous un vêtement particulier que vous aimeriez porter à votre poids santé ?

---

---

34. Taille de vêtement actuelle : \_\_\_\_\_ Taille de vêtement souhaité : \_\_\_\_\_

35. Poids actuel : \_\_\_\_\_ Poids souhaité : \_\_\_\_\_

36. Quand avez-vous pesé ce poids la dernière fois? \_\_\_\_\_

37. Combien de temps avez-vous conservé ce poids? \_\_\_\_\_

*Les questions 34 à 37 sont facultatives.*