



QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE ET D'ÉVALUATION DE SYMPTÔMES

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire (le plus possible) et l'apporter pour la 1^{ère} séance

Date de la 1^{ère} séance :

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

Age :

Adresse :

Téléphone :

Adresse Mail :

Profession :

Travaillez-vous actuellement ? :

Combien d'heures par semaine ? :

Ancienneté dans ce poste/métier :

Situation familiale : Célibataire – Marié(e) – Pacsé(e) – Union Libre -Divorcé(e) – Veuf(ve)

Prénom du conjoint :

Métier :

Nombre d'enfants : (leur âge et leur prénom, vivent-ils avec vous, sinon où ?)

-
-
-
-
-

Vos parents (leur prénom, âge, profession, lieu de résidence actuel, la nature de vos relations (complice, distante, cordiale, grand respect...) :

- Père :

- Mère :

Vos frères et sœurs (dans l'ordre chronologique) (leur prénom, âge, profession, lieu de résidence actuel, la nature de vos relations (complice, distante, cordiale, grand respect...)

-
-
-
-

Vos loisirs, vos passions : (actuels, passés)

-
-

Comment avez-vous connu le Neurofeedback ?

Quelle est la raison de votre venue ? Décrivez de façon précise votre principal symptôme.

Avez-vous une ou des maladie(s) diagnostiquée(s) ?

Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?

Quelle est votre main dominante ? (celle que vous utilisez le plus)

LISTE DES SYMPTOMES

Merci d'évaluer chaque symptôme de 0 à 10 dans la case « Intensité »

0 étant : « pas beaucoup, ou très peu souvent » 10 étant : « vraiment beaucoup ou très souvent »

	SOMMEIL	intensité	Depuis Quand ?	Commentaires
1	Cauchemars ou rêves « très vivants »			
2	Mouvements de jambes fréquents en dormant			
3	Difficultés à dormir toute la nuit/réveils fréquents			
4	Terreurs nocturnes			
5	Sueurs Nocturnes			
6	Apnées du sommeil (arrêts respiratoires)			
7	Ronflement			
8	Sommeil irrégulier à certaines périodes			
9	Sommeil agité			
10	Difficultés à se réveiller			
11	Bruxisme (grincement des dents)			
12	Difficultés à s'endormir			
13	Enurésie (fuite d'urine la nuit)			
14	Narcolepsie (chutes intempestives dans le sommeil, durant la journée)			
15	Somnambulisme			
16	Parle pendant le sommeil			
17	Syndrome des jambes sans repos : besoin irrépressible de bouger les jambes (douleurs, sensations désagréables...)			
18	Sommeil non récupérateur			
19	Combien d'heures dormez-vous ?			
20	Autres			

	ATTENTION ET APPRENTISSAGE / FACULTES COGNITIVES	intensité	Depuis quand ?	Commentaires
21	Distractivité (Incapacité à fixer son attention, facilement distrait par l'extérieur) Dans quelles circonstances ?			
22	Pensée lente			
23	Manque de vigilance			
24	Difficultés avec les Mathématiques Calcul ? Géométrie ?			
25	Concentration difficile			
26	Difficultés à dessiner			
27	Difficultés à écouter			
28	Difficultés à terminer les tâches			
29	Difficultés à penser clairement « brouillard cérébral »			
30	Difficultés à changer de centre d'attention (aller d'une chose à l'autre)			
31	Difficultés à planifier/ à s'organiser			
32	Difficultés à suivre un entretien, à participer à une discussion			
33	Ecriture illisible			
34	Facultés de compréhension réduites (à certains moments)			
35	Difficultés de lecture			
36	Manque de bon sens			
37	Difficultés à maintenir sa concentration dans la durée			
38	Difficultés à trouver des mots communs			
39	Mémoire à court terme déficiente			
40	Difficultés à s'exprimer (et dans quelles circonstances ?)			
41	Difficultés à prendre des décisions			
42	Difficultés à changer de tâche			
43	Difficultés à suivre des instructions, à les comprendre ou les appliquer, ou à respecter un cadre			
44	Difficultés à se rappeler des noms et des prénoms			
45	Facilement démotivé dans l'apprentissage			
46	Difficultés à travailler sans se laisser distraire			
47	Difficultés à assimiler de nouvelles connaissances dans les apprentissages			

48	Mémoire à long terme déficiente			
49	Procrastination (remettre à plus tard...)			
50	Problèmes dys			
51	HPI (Haut Potentiel Intellectuel)			
52	Autres			

	PERCEPTION SENSORIELLE	Intensité	Depuis quand ?	Commentaires
53	Hypersensibilité auditive			
54	Manque de conscience corporelle (organisation posturale et image du corps, tonus, appuis, équilibre, axe, rythme...)			
55	Avoir le vertige (peur du vide)			
56	Hypersensibilité tactile			
57	Déficits visuels			
58	Intolérances ou allergies à des produits ou substances chimiques			
59	Faiblesse motrice			
60	Déficits somatosensoriels (altération de la sensibilité cutanée ou du toucher léger)			
61	Acouphènes (sifflements, bourdonnements dans les oreilles)			
62	Hypersensibilité visuelle			
63	Difficultés à situer la gauche, la droite			
64	Mal des transports (en voiture, bateau...)			
65	Mauvaise conscience de l'espace et du temps			
66	Mauvais Sens de l'orientation			
67	Autres			

	COMPORTEMENTS	intensité	Depuis quand ?	Commentaires
68	Comportement agressif			
69	Anorexie /Boulimie			
70	Parle beaucoup /flots de paroles incessants (logorrhée)			
71	Impulsivité (réagir sans réfléchir)			
72	Manque d'appétit			
73	Difficultés à s'ouvrir aux autres			
74	Comportement manipulateur			
75	Se ronge les ongles			

76	Difficultés d'articulation			
77	Comportement d'automutilation			
78	Addictions <ul style="list-style-type: none"> - Aliments sucrés - Café - Alcool - Tabac - Régimes - Drogues - Ecrans - Autres 			
79	Désordonné			
80	Crise de colère, rage, violence			
81	Comportement compulsif (qui pousse à agir de manière irrésistible)			
82	Comportement très attachant (peureux, collant, accaparant)			
83	Comportement spectre autistique			
84	Hyperactivité (activités intenses et excessives)			
85	Fait le clown en classe			
86	Manque de sens de l'humour			
87	Regard fuyant (ne regarde pas dans les yeux)			
88	Tics moteurs ou vocaux			
89	Comportement oppositionnel			
90	Peu d'implications émotionnelles dans la vie sociale (comme avoir des amis...)			
91	Bégaïement			
92	Inflexibilité (intransigeance – rigidité)			
93	Pleure fréquemment			
94	Compulsions alimentaires			
95	Mauvaise hygiène			
96	Hypervigilance			
97	Comportement à risques (besoins de sensations fortes comme sports extrêmes)			
98	Tocs (troubles obsessionnels compulsifs)			
99	Troubles bipolaires			
100	Sexualité (pour les personnes de + de 18 ans) Ressentez-vous des difficultés dans ce domaine ?			
101	Autres			

	EMOTIONNEL	intensité	Depuis quand ?	Commentaires
102	Peurs (du noir, des autres...)			
103	Craintes (appréhension, inquiétude)			
104	Pas dans la Réalité - déréalisation			
105	Réactivité émotionnelle (Réactions fortes à nos propres émotions et à celles des autres, et à la façon dont nous les gérons)			
106	Facilement embarrassé			
107	Manque de joie et de plaisirs			
108	Manies (habitudes un peu trop excessives, lesquelles... ?)			
109	Faible confiance en soi			
110	Difficultés à se calmer			
111	Pensées suicidaires			
112	Paranoïa (méfiance exagérée des autres...)			
113	Pensées négatives obsessionnelles (pensées négatives qui reviennent en permanence)			
114	Agitation			
115	Dépression (avec symptômes dépressifs caractéristiques et durables)			
116	Souvenirs de traumatismes			
117	Irritabilité			
118	Anxiété			
119	Episodes dissociatifs (perturbations de la conscience, de la mémoire, de l'identité...)			
120	Manque d'intérêts sociaux			
121	Souvenirs très fréquents de traumatismes			
122	Attaques de panique (fortes crises d'angoisse, associées à une impression de mort imminente, et de perte de contrôle de soi)			
123	Sautes d'humeurs (sans vraie raison)			
124	Impatience			
125	Pensées obsessionnelles (penser tout le temps au même sujet)			
126	Phobies			
127	Manque ou excès d'empathie			
128	Mauvaise gestion de ses propres émotions			
129	Tendance à s'attacher trop vite ou à se séparer trop facilement			
130	Autres			

	PHYSIQUE	intensité	Depuis quand ?	Commentaires
131	Allergies			
132	Intolérances (alimentaires...)			
133	Constipation chronique			
134	Irritation de la peau/peau réactive			
135	Bouffées de chaleur			
136	Maladies auto-immunes			
137	Crises d'Epilepsie			
138	Tensions musculaires			
139	Tics musculaires			
140	Syndrome Prémenstruel (SPM)			
141	Syndrome du côlon irritable (gaz et ballonnements fréquents)			
142	Faiblesse motricité fine (manque de dextérité dans les petits mouvements)			
143	Trouble de l'Equilibre			
144	Difficultés physiques dans le travail			
145	Transpiration fréquente			
146	Incontinence urinaire liée au stress			
147	Tremblements			
148	Maladresse physique (dans quelles circonstances ?)			
149	Asthme			
150	Encoprésie (incontinence fécale)			
151	Arythmie – Tachycardie (pb du rythme cardiaque) - Palpitations			
152	Hypertension / Hypotension			
153	Fatigue chronique/épuisement			
154	Faible tonus et Faiblesses musculaires			
155	Reflux – brûlures d'estomac			
156	Rigidité physique / tensions physiques			
157	Manque de coordination dans les mouvements			
158	Fatigué rapidement après l'effort			
159	Difficultés en mouvement ou à la marche			
160	Spasticité (contraction involontaire des muscles)			
161	Nausées			
162	Mauvaise digestion des aliments sucrés			
163	Crampes musculaires			

164	Incontinence urinaire - Besoin irréprouvable d'uriner			
165	Diarrhées			
166	Vomissements			
167	Problème de thyroïde (hypo ou hyper)			
168	Diabète			
169	Faiblesse immunitaire			
170	Vertiges et/ou évanouissements			
171	Pb liés à la ménopause/andropause			
172	Autres problèmes physiques			
173	Maux de ventre			
174	Douleurs chroniques persistantes compromettant votre bien-être, niveau fonctionnel et qualité de vie			

	DOULEURS	intensité	Depuis quand ?	Commentaires
175	Douleurs articulaires /arthrose/arthrite			
176	Douleurs, tensions à la mâchoire			
177	Migraines			
178	Maux de tête dus à des tensions musculaires			
179	Maux de tête récurrents			
180	Douleurs nerveuses chroniques (névralgies)			
181	Douleurs dues à la fibromyalgie			
182	Douleurs chroniques des nerfs sciatiques			
183	Douleurs musculaires			
184	Névralgies du trijumeau			
185	Douleurs des sinus			
186	Douleurs d'estomac			
187	Douleurs urinaires			
188	Haute tolérance à la douleur Faible tolérance à la douleur			
189	Autres douleurs			

	LESIONS CEREBRALES	intensité	Depuis quand ?	Commentaires
190	Traumatismes crâniens			
191	AVC – hémisphère gauche			
192	AVC – hémisphère droit			
193	Autres problèmes cérébraux			

	PROBLEMES DE NAISSANCE ET PETITE ENFANCE	intensité	Depuis quand ?	Commentaires
194	Traumatisme in utéro ou de naissance (par exemple : naissance non désirée, prématurée ; perte, accouchement difficile, ...)			
195	Problème de développement physique ou moteur			
196	Traumatisme précoce (abus, négligence, violence....)			
197	Adoption			
198	Problèmes d'attachement (relation difficile avec les parents durant la petite enfance)			
199	Autres			

	EXPERIENCES TRAUMATIQUES	intensité	Quand ?	Commentaires
200	<input type="checkbox"/> Traumatismes Physiques (accidents, chutes etc...)			
201	<input type="checkbox"/> Traumatismes Emotionnels (séparations, deuils, abandon, violence....) - Avez-vous subi une ou des agressions durant votre vie ?			
202	MEDICATION ACTUELLE	Dosage	Depuis quand ?	Commentaires
203	MEDICATION PASSEE	Dosage	Quand ?	Commentaires

	THERAPIES	Quand ?	Commentaires
204	<input type="checkbox"/> Différentes Thérapies (préciser lesquelles) - Psychothérapies - Analyse - TCC (thérapies cognitives et comportementales) - EMDR (intégration neuro- émotionnelle par les mouvements oculaires) - Autres		
205	<input type="checkbox"/> Rééducations corporelles - kinésithérapie, - ostéopathie - autres		
206	<input type="checkbox"/> Autres Thérapies		

SYMPTOMES FAMILIAUX

	SYMPTOMES	Oui	Non	QUEL MEMBRE DE LA FAMILLE ?	COMMENTAIRES
207	Asthme				
208	Troubles auto-immunes				
209	Problèmes de la Thyroïde				
210	Migraines				
211	Problèmes de sommeil				
212	Dépression				
213	Troubles Bipolaires				
214	Anxiété				
215	Phobies				
216	Attaques de Panique				
217	Tics moteurs ou vocaux				
218	Epilepsie				
229	Troubles de l'alimentation				
220	Addictions				
221	Symptômes compulsifs obsessionnels				
222	Problèmes d'élocution				
223	Problèmes d'attention				
224	Hyperactivité				
225	Troubles de l'Apprentissage				
226	Problèmes de comportement				
227	Comportement criminel				
228	Spectre Autistique				
229	Schizophrénie				
230	Autres				

AUTRES SYMPTOMES OU INFORMATIONS QUE VOUS SOUHAITERIEZ AJOUTER

Empty rectangular box for additional symptoms or information.

Je soussignéatteste les informations précitées sincères.

Date :

Signature :



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PATIENT

Je soussigné(e), atteste avoir pris connaissance des éléments suivants avant de commencer les séances de Neurofeedback :

- Le Neurofeedback CYGNET est un entraînement qui a pour but de contribuer à l'optimisation du fonctionnement cérébral propre à chaque personne.
L'ordinateur mesure et analyse l'activité électrique du cerveau et lui renvoie les informations et les changements de son activité par l'intermédiaire des feedbacks visuel, auditif et tactile. Le cerveau étant témoin en direct de sa propre activité, il se régule de lui-même naturellement et cette auto-régulation a des effets positifs au niveau physique, cognitif et émotionnel.
- Le Neurofeedback CYGNET est une technique non invasive et n'est pas un outil de diagnostic. Son usage est utilisé à des fins thérapeutiques.
- Le système CYGNET est reconnu comme appareil médical par l'EMA (European Medicines Agency) et la US FDA (Food and Drug Administration).

J'ai bien compris que chaque cerveau ayant son propre fonctionnement, ses propres réactions, le praticien ne peut prévoir le nombre de séances qui me sont nécessaires pour améliorer les symptômes dont je lui ai fait part (bien qu'il soit conseillé entre 15 et 25 séances et parfois plus). Et qu'il ne peut y avoir de garantie quant aux résultats de mon entraînement, bien que le Neurofeedback soit une méthode efficace reconnue dans de nombreux pays.

J'ai bien enregistré que le Neurofeedback étant un apprentissage du cerveau cela nécessite un entraînement répétitif et régulier, je dois donc prévoir de recevoir une à deux séances par semaine selon mes possibilités financières et mes disponibilités.

Je serai attentif à :

- Ne pas venir en cas de fièvre,
- M'alimenter avant de venir à la séance,
- Limiter l'absorption d'excitants (caféine, théine, nicotine), ni de drogues avant la séance, car ils modifient l'activité du système nerveux

Je préviens mon praticien si je ne suis pas satisfait(e) des séances, et je peux à tout moment arrêter mon entraînement, moyennant de prévenir mon praticien 48h avant le jour de la séance.

En conséquence de ce qui précède, je suis d'accord pour ne pas tenir responsable mon praticien, si les résultats de cet entraînement en Neurofeedback ne correspondent pas à mes attentes, ou de tous résultats qui pourraient être considérés comme négatifs.

Je suis satisfait(e) des informations (verbales, écrites) fournies par mon praticien sur les effets que l'on peut attendre des séances avec CYGNET, et j'ai eu des réponses satisfaisantes à mes questions.

Fait à

Le,/...../.....

Nom et signature :