



Expérience Psychophysiologie

Nous vous remercions pour votre intérêt à participer à cette expérience. Ce questionnaire a pour but de vous fournir des informations et de déterminer si vous remplissez les critères d'inclusion nécessaires à la participation. Il est important de répondre à toutes les questions.

Merci beaucoup,
L'équipe de recherche, LPNC, Institut des Sciences Biologiques, CNRS, Université Grenoble-Alpes

Vos initiales

Votre adresse mail

Votre numéro de téléphone

Vous aurez entre 18 et 60 ans le jour de l'expérience

OUI

NON

Vous êtes de langue maternelle française ou êtes bilingue en français

NON

OUI

Vous avez une acuité visuelle correcte (normale ou corrigée)

NON

OUI

Vous présentez un trouble psychiatrique et/ou neurologique diagnostiqué ou supposé

OUI

NON

Vous présentez un trouble cardiovasculaire et/ou hormonal diagnostiqué ou supposé

OUI

NON

Vous êtes sous traitement médicamenteux régulier (autre que contraception)	OUI	NON
---	------------	------------

Vous vous engagez à ne pas fumer (tabac, cannabis...) le jour de votre passation	NON	OUI
---	------------	------------

Vous vous engagez à ne pas consommer d'alcool ou autre produit à action psychotrope le jour de votre passation	OUI	NON
---	------------	------------

Vous vous engagez à ne pas manger ni boire (excepté de l'eau) dans les 3 heures précédant votre passation	OUI	NON
--	------------	------------

Vous vous engagez à ne pas consommer de café ni de thé (ou autres excitants/énergisants) le jour de votre passation	NON	OUI
--	------------	------------

Vous serez en mesure de spécifier précisément votre taille et votre poids (données anonymes) à la fin de l'expérience	OUI	NON
--	------------	------------

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire préliminaire.
Envoyez-le complété par email à experience.psychophysiology@gmail.com
(nom de fichier = vos initiales)

Si vous remplissez les conditions nécessaires à la participation, un créneau horaire vous sera
proposé par retour de mail.