

## 4. TROUBLES GÉNÉRAUX



Entourez le chiffre correspondant à votre situation : 0 = jamais, 1 = rarement, 2 = parfois, 3 = souvent.  
Reportez ensuite vos résultats dans la partie interprétation.

Troubles digestifs	0	1	2	3
j'ai des douleurs abdominales	0	1	2	3
j'ai des remontées acides	0	1	2	3
j'ai des brûlures d'estomac	0	1	2	3
j'ai des nausées ou des vomissements	0	1	2	3
j'ai des ballonnements ou des flatulences	0	1	2	3
je souffre de diarrhées, de constipation ou d'une alternance diarrhées/constipation	0	1	2	3
<b>Total :</b>	_____			

Troubles infectieux	0	1	2	3
je souffre régulièrement de maux de gorge, d'angines, de rhumes, de sinusites, d'otites	0	1	2	3
je souffre régulièrement de bronchites ou d'infections des poumons	0	1	2	3
j'ai régulièrement des infections urinaires	0	1	2	3
j'ai régulièrement des infections génitales	0	1	2	3
j'ai régulièrement des infections digestives	0	1	2	3
j'ai régulièrement des infections cutanées	0	1	2	3
<b>Total :</b>	_____			

Troubles articulaires et osseux	0	1	2	3
j'ai des douleurs au niveau du dos et/ou du cou	0	1	2	3
j'ai des douleurs articulaires (poignets, coudes, épaules, chevilles, hanches, genoux)	0	1	2	3
j'ai des douleurs musculaires ou au niveau des tendons	0	1	2	3
je me blesse facilement quand je fais du sport	0	1	2	3
j'ai des douleurs rhumatismales	0	1	2	3
je souffre d'une maladie ou d'une gêne oculaire (cataracte, yeux secs...)	0	1	2	3
<b>Total :</b>	_____			

Troubles cutanés	0	1	2	3
j'ai la peau sèche	0	1	2	3
je fais régulièrement des crises d'eczéma	0	1	2	3
j'ai de l'acné	0	1	2	3
j'ai régulièrement des poussées d'herpès au niveau du visage	0	1	2	3
mes ongles sont cassants	0	1	2	3
je perds mes cheveux ou ils sont cassants	0	1	2	3
<b>Total :</b>	_____			

Troubles circulatoires	0	1	2	3
j'ai les jambes lourdes	0	1	2	3
je fais de l'œdème (chevilles, mains, doigts...)	0	1	2	3
j'ai souvent les extrémités froides	0	1	2	3
j'ai des fourmillements aux extrémités	0	1	2	3
j'ai des troubles avant les règles (seins tendus, douleurs, fatigue...)	0	1	2	3
je me sens irritable ou déprimée avant mes règles	0	1	2	3
<b>Total :</b>	_____			

### TROUBLES GÉNÉRAUX : Interprétation des résultats

Nombre de points	Digestifs	Infectieux	Articulaires et osseux	Cutanés	Circulatoires
18	Majeurs	Majeurs	Majeurs	Majeurs	Majeurs
15					
12	Moyens	Moyens	Moyens	Moyens	Moyens
9					
6					
3	Faibles	Faibles	Faibles	Faibles	Faibles
0					

## 5. HUMEUR



Entourez le chiffre correspondant à votre situation : 0 = jamais, 1 = de temps en temps, 2 = parfois, 3 = souvent.  
Reportez ensuite vos résultats dans la partie interprétation.

Profil Dopaminergique	0	1	2	3
<i>En ce moment,</i>				
je ressens une baisse de motivation ou une perte d'intérêt pour mes activités habituelles	0	1	2	3
j'ai tendance à me replier sur moi-même, je ne veux voir personne	0	1	2	3
j'ai des difficultés de concentration, des troubles de la mémoire	0	1	2	3
je reporte au lendemain ce que j'ai à faire	0	1	2	3
j'ai des troubles du sommeil	0	1	2	3
je ressens une fatigue permanente non atténuée par le repos ou par le sommeil et sans même avoir fait d'efforts particuliers	0	1	2	3
<b>Total :</b>	_____			

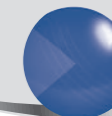
Profil Noradrénergique	0	1	2	3
<i>En ce moment,</i>				
je manque d'énergie	0	1	2	3
je me sens déprimé(e), je suis d'humeur triste, j'ai une sensibilité exacerbée	0	1	2	3
je manque de confiance en moi, j'ai une mauvaise image de moi	0	1	2	3
je ressens moins de plaisir pour des choses qui me faisaient plaisir auparavant	0	1	2	3
j'ai une baisse de libido	0	1	2	3
je ressens également une fatigue morale	0	1	2	3
<b>Total :</b>	_____			

Profil Sérotoninergique	0	1	2	3
<i>En ce moment,</i>				
je me sens irritable, impatient(e) ou agressif(ve)	0	1	2	3
je suis d'humeur changeante	0	1	2	3
je suis stressé(e), je me sens dépassé(e) par des soucis personnels ou professionnels	0	1	2	3
je suis attiré(e) par le sucré toute la journée	0	1	2	3
j'ai des comportements addictifs (sport intensif, tabac, grignotage, alcool...)	0	1	2	3
j'ai des difficultés à trouver le sommeil ou à me rendormir	0	1	2	3
<b>Total :</b>	_____			

### HUMEUR : Interprétation des résultats

Nombre de points	Profil Dopaminergique	Profil Noradrénergique	Profil Sérotoninergique
18	Troubles majeurs	Troubles majeurs	Troubles majeurs
15			
12	Troubles moyens	Troubles moyens	Troubles moyens
9			
6			
3	Troubles faibles	Troubles faibles	Troubles faibles
0			

## QUESTIONNAIRE



Date : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Tél : \_\_\_\_\_

Email : .....

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_ cm Poids : \_\_\_\_\_ kg

Profession : .....

Activités physiques pratiquées : .....

Temps d'activité(s) physique(s) par semaine : \_\_\_\_\_ h



Cachet du praticien

# 1. ALIMENTATION



Référez-vous à l'encart d'aide au calcul des portions et des modes de cuisson ci-dessous pour remplir cette partie.

**AIDE AU CALCUL DES PORTIONS / 1 portion équivaut à :**

- **Protéines :** 150g à 200g de viande ou de poisson = 2 œufs
- **Produits laitiers :** 1 bol de lait = 1 yaourt = 1 part de fromage (environ 1/8 de camembert)
- **Produits céréaliers :** 1 bol de céréales = 1 tartine de pain = 1 part de tarte = 1 assiette de riz, de pâtes, de semoule...
- **Fruits et légumes :** 1 fruit = 1 salade de fruit = 1 compote = 1 salade = 1 assiette de légumes
- **Sucreries et boissons sucrées :** 20cl de boisson sucrée = 1 barre chocolatée = 1 gâteau = 1 croissant = 5 bonbons
- **Eau :** 1 portion = 1 verre de 25 cl

**MODES DE CUISSON :** Friture – Grillade – A la poêle – A l'eau – A la vapeur – Mijoté – Au micro-ondes.

## CONSOMMATION D'ALIMENTS PAR SEMAINE

- **Protéines**     portion(s) de viande / poisson / oeuf    - Mode de cuisson : .....
- **Produits laitiers**  
 portion(s) de yaourt et de lait     entier     ½ écrémé     écrémé  
 portion(s) de fromage    Quel(s) type(s) de fromages ? .....
- **Produits céréaliers**  
 portion(s) de pain et de céréales    Quel(s) type(s) ? .....
- **Fruits et légumes**     fruit(s)     portion(s) de légumes cuits     portion(s) de crudités
- **Sucreries**     portion(s) de sucreries (pâtisseries, viennoiseries, gâteaux, barres chocolatées...)
- **Utilisez-vous des matières grasses pour la cuisson ?**     Oui     Non  
 Lesquelles ? .....
- **Utilisez-vous du sel ?**     pour la cuisson     dans votre assiette     je n'utilise pas de sel

## CONSOMMATION DE BOISSONS PAR JOUR

- portion(s) d'eau    Quel(s) type(s) ? .....
- portion(s) de soda et de jus de fruits    Quel(s) type(s) ? .....
- portion(s) de vin et d'alcool    Quel(s) type(s) ? .....
- portion(s) de café ou de thé    Sucré ou non ? .....

## CONSOMMATION D'ALIMENTS ET DE BOISSONS SUR UNE JOURNÉE TYPE

Renseignez, dans le tableau, le nombre de portions consommées **par jour** au moment de chaque repas.

	Eau	Protéines	Produits laitiers	Produits céréaliers	Fruits et légumes	Sucreries et boissons sucrées
Matin						
Midi						
Après-midi						
Soir						
En dehors des repas						
<b>Total par jour :</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

# 2. DIGESTION



## ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX

Partie à remplir au cabinet avec le médecin.

- **Est-ce qu'un membre de votre famille (père, mère, frères, sœurs, grands-parents, vous y compris) souffre ou a souffert des affections suivantes ?**

	Antécédents personnels	Antécédents familiaux
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie cœliaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatismes inflammatoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total cases cochées :</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## FRAGILITÉ DIGESTIVE

Entourez le chiffre correspondant à votre situation : 0 = jamais, 1 = rarement, 2 = parfois, 3 = souvent.

Reportez ensuite vos résultats dans la partie interprétation.

- **Souffrez-vous de :**

Infections digestives	0	1	2	3
Troubles digestifs fréquents	0	1	2	3
Intolérance alimentaire (lait, gluten...)	0	1	2	3
Fatigue permanente	0	1	2	3
Troubles de l'humeur	0	1	2	3
Migraines récurrentes	0	1	2	3
Douleurs traînantes des articulations	0	1	2	3
Asthme	0	1	2	3
Eczéma	0	1	2	3
Urticaire	0	1	2	3
Autres problèmes de peau : .....	0	1	2	3
.....				

**Total cases cochées :**   

### FRAGILITÉ DIGESTIVE : Interprétation des résultats



# 3. DÉTOXICATION



Entourez le chiffre correspondant à votre situation : 0 = jamais, 1 = rarement, 2 = parfois, 3 = souvent.

Reportez ensuite vos résultats dans la partie interprétation.

• Habitudes	0	1	2	3
Consommez-vous des substances excitantes (café, thé, cigarettes, coca...) ?				
Consommez-vous du vin ?				
Consommez-vous de l'alcool (apéritif, digestif...) ?				
Consommez-vous des produits sucrés (bonbons, sodas, biscuits...) ?				
Consommez-vous des produits alimentaires industriels (chips, frites...) ?				
Utilisez-vous des matières grasses de cuisson ?				
Mangez-vous rapidement ?				
Avez-vous tendance à éviter tout effort physique (escaliers/ascenseur) ?				

### • Environnement

Êtes-vous exposé(e) à des produits toxiques sur votre lieu de travail ?	0	1	2	3
Êtes-vous exposé(e) à un environnement pollué (transports, diesel, essence...) ?	0	1	2	3
Buvez-vous l'eau du robinet ?	0	1	2	3
Prenez-vous un traitement médicamenteux ?	0	1	2	3
Prenez-vous un traitement hormonal (contraception...) ?	0	1	2	3

**Total Habitudes + Environnement :**   

### DÉTOXICATION : Interprétation des résultats

