

## A - FATIGUE ET TROUBLES DE L'HUMEUR

- Je me sens fatigué(e)  
J'ai des difficultés à me motiver  
J'ai des problèmes de sommeil  
J'ai des difficultés de concentration  
J'ai des difficultés de mémoire  
Je me sens anxieux(se)  
Je me sens angoissé(e) je me sens déprimé(e)

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**TOTAL  
SCORE A**

-----

## B - TROUBLES DIGESTIFS

- Je ressens des brûlures à l'estomac  
J'ai des reflux acides  
Je ressens des nausées  
J'ai des diarrhées  
Je suis constipé(e)  
Je présente des alternances diarrhée constipation  
J'ai des ballonnements après manger  
J'ai des crises de colite

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**TOTAL  
SCORE B**

-----

## C - TROUBLES OSTÉO-ARTICULAIRES ET DÉGÉNÉRATIFS

- Je ressens des douleurs au niveau du dos, du cou  
Je souffre des articulations (poignets, coudes, épaules, chevilles, genoux, hanches)  
J'ai mal dans les muscles, les tendons  
Quand je fais du sport, je me blesse facilement  
J'ai une maladie rhumatismale  
Je souffre des yeux (cataracte, yeux sec...)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**TOTAL  
SCORE C**

-----

## D - TROUBLES INFECTIEUX

- Je présente régulièrement les troubles suivants :
- maux de gorge, angines, rhumes, sinusites, otites
  - bronchites, infections des poumons
- J'ai régulièrement des infections urinaires  
J'ai régulièrement des infections génitales  
J'ai régulièrement des infections digestives  
J'ai régulièrement des infections cutanées

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**TOTAL  
SCORE D**

-----

## E - TROUBLES CUTANÉS

- J'ai la peau sèche  
Je fais régulièrement de l'eczéma  
Je fais de l'acné  
J'ai souvent de l'herpès au niveau du visage  
Je perds mes cheveux ; ils sont ternes, cassants  
Mes ongles sont cassants ; ils se dédoublent

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**TOTAL  
SCORE E**

-----

## F - TROUBLES CIRCULATOIRES

- J'ai les jambes lourdes  
Je fais de l'oedème (chevilles, mains, doigts...)  
J'ai souvent les extrémités froides  
J'ai des fourmillements aux extrémités  
J'ai des troubles avant les règles (seins tendus, douleurs, fatigue, déprime)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**TOTAL  
SCORE F**

-----

## G - JE CONSOMME RÉGULIÈREMENT

### DU TABAC

de 1 à 4 cigarettes par jour = 1

de 5 à 15 cigarettes par jour = 2

Plus de 15 cigarettes par jour = 3

### DE L'ALCOOL

Plus de 3 verres et moins de 75cl de vin par jour = 1

Entre 75 et 150 cl par jour = 2

Plus de 150 cl par jour = 3

### UN MÉDICAMENT

Régulièrement = 2

Tous les jours = 3

### J'UTILISE UN CONTRACEPTIF

Oral (pilule) = 3

Stérilet = 3

Je suis donneur de sang = 3

### SCORE TOTAL :

**A + B + C + D + E + F + G = \_\_\_\_\_**

1 2 3



**TOTAL  
SCORE G**

\_\_\_\_\_

## DOPAMINE

- Vous sentez-vous moins motivé(e)  
Portez-vous moins d'intérêt à vos occupations?  
Avez-vous tendance à vous replier sur vous ?  
Etes-vous moins attiré(e) par vos hobbies?  
Recherchez-vous moins les contacts avec vos ami(e)s ?  
Avez-vous des problèmes de concentration ?  
Vous sentez-vous l'esprit moins créatif ?  
Avez-vous des difficultés à faire de nouveaux projets ?  
Votre sommeil est-il agité, non reposant, insatisfaisant ?  
Vous sentez-vous fatigué(e) ?

0 1 2 3

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL

-----

## NORADRENALINE

- Vous sentez-vous déprimé(e) ?  
Souffrez-vous moralement ?  
Avez-vous l'impression de fonctionner au ralenti?  
Ressez-vous moins de désir ?  
Avez-vous des difficultés à prendre du plaisir ?  
Ressez-vous une baisse d'appétit sexuel ?  
Avez-vous des difficultés avec votre mémoire ?  
Avez-vous des difficultés pour apprendre ?  
Vous sentez-vous mal aimé(e) ?  
Êtes-vous fatigué(e) moralement ?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL

-----

## SEROTONINE

- Vous sentez-vous irritable?  
Vous sentez-vous impatient(e) ?  
Avez-vous des difficultés à supporter les frustrations et les contraintes ?  
Vous sentez-vous agressif(ve)?  
Vous sentez-vous incompris(e) ?  
Etes-vous attiré(e) par le sucré ou le chocolat en fin de journée ?  
Vous sentez-vous dépendant(e) d'activité répétitive ? (tabac, alcool, grignotage, sport intensif, achats compulsifs)  
Avez-vous des difficultés à vous endormir ?  
Vous sentez-vous vulnérable au stress?  
Vous sentez-vous "d'humeur changeante" ?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL

-----

## Q.V.D.

### A. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Avez-vous un antécédent familial (père, mère ou frère, soeur), qui ait présenté une ou des infections suivantes (cocher si réponse positive) :

- Allergie
- Diabète
- Maladie de Crohn
- Maladie coeliaque
- Rhumatisme inflammatoire
- Psoriasis

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

**TOTAL  
SCORE A**

-----

### B. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Avez-vous un antécédent personnel parmi les infections suivantes :  
(Cocher si réponse positive)

- Allergie
- Intolérance au lait
- Eczéma
- Urticaire
- Asthme
- Infection digestive

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

**TOTAL  
SCORE B**

-----

### C. ACTUELLEMENT, ÊTES-VOUS SUJET A UNE DES PERTURBATIONS SUIVANTES :

- Trouble digestif fréquent
- Fatigue permanente
- Troubles de l'humeur
- Infections récidivantes
- Problèmes de peau
- Douleurs traînantes des articulations
- Migraines récidivantes

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

**TOTAL  
SCORE C**

-----

### D. ACTUELLEMENT PRÉSENTEZ-VOUS ?

- Une intolérance alimentaire
- Une intolérance au gluten
- Un rhumatisme inflammatoire
- Un diabète
- Une maladie digestive
- De l'asthme
- Une maladie de la peau

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

**TOTAL  
SCORE D**

-----

**TOTAL Q.V.D. (A + B + C + D ) = -----**

## - VOS HABITUDES ALIMENTAIRES -

### BOISSONS : QUELLE QUANTITÉ BUVEZ-VOUS CHAQUE JOUR ?

Précisez la quantité en vous servant du guide des équivalences portions.

Eau du robinet :

Eau en bouteille :

Soda (lesquels) :

Vin (lesquels) :

Alcool (lesquels) :

Café :

Thé :

### COMBIEN DE FOIS PAR SEMAINE CONSOMMEZ-VOUS...?

De la viande (précisez également lesquelles et le mode de cuisson) :

Du poisson (précisez également lesquels et le mode de cuisson) :

Des oeufs (précisez aussi le mode de cuisson) :

Lait à boire (vache ? brebis ? chèvre ? autre ?) :

Fromages (lesquels) :

Yaourts (lesquels) :

Des céréales (lesquelles) :

Du pain (lequel) :

Des féculents (pâtes, riz, pommes de terre) :

Des légumineuses (lentilles, haricots blancs, pois, fèves) :

Oléagineux (noix, noisettes, amandes, noix de cajou) :

Des fruits :

Des légumes cuits :

Des crudités :

Fruits secs :

Des pâtisseries (gâteaux, sucreries, barres chocolatées) :

Des viennoiseries (croissants, pains au chocolat...) :

Carrés de chocolat :

### QUELLE(S) HUILE(S) D'ASSAISONNEMENT UTILISEZ VOUS ?

## COMMENT CALCULER VOS PORTIONS ? J'UTILISE LES ÉQUIVALENCES DE PORTIONS...

1 portion équivaut à :

### EAU

1 verre de 25 cl

### PROTÉINES

1 morceau de viande = 1 part  
de poisson = 2 oeufs

### LAITAGES

1 bol de lait = 1 yaourt = 1  
part de fromage (environ 1/8  
de camembert)

### PRODUITS CÉRÉALIERS

1 bol de céréales, de muesli ou  
de flocons d'avoine = 1  
morceau de pain = 1 tarte = 1  
assiette de riz, de pâtes ou de  
pommes de terre = 1 assiette  
de lentilles ou de haricots  
blancs = 1 assiette de semoule

### FRUITS ET LÉGUMES

1 fruit = 1 salade de fruits = 1  
compote = 1 salade = 1  
crudité = 1 assiette de légumes  
cuits

### SUCRERIES ET BOISSONS SUCRÉES

20 cl de boisson sucrée = 1  
barre chocolatée = 1 gâteau =  
1 croissant = 5 bonbons