

NOM  
PRENOM  
AGE

DATE

## QUESTIONNAIRE ALIMENTAIRE

- 1 - Combien de fruits consommez-vous par jour ?
- 2 - Combien de portions de légumes par jour ?
- 3 - Combien d'aliments complets par jour (pain, riz, pâtes, céréales)
- 4 - Combien de fois par jour consommez-vous viande, œufs ou poisson ?
- 5 - Combien de laitages par jour (lait, yaourts, fromages) ?
- 6 - Qu'utilisez-vous comme huile d'assaisonnement (combien de C. à soupe par jour)
- 7 - Quelle quantité d'eau par jour buvez-vous ?
- 8 - Combien de fois par semaine du poisson gras (sardines, maquereaux, saumon, thon...) ?
- 9 - Combien de fois par semaine des légumineuses (haricots blancs, rouges, lentilles, pois ch)
- 10 - Mode de cuisson habituel : vapeur (V), four (F), grill (G), friture (Fr)
- 11 - Combien de grignotage par jour : barre chocolat, bateaux, biscuits, viennoiseries, chips...
- 12 - Quelle quantité de boisson autres que eau par jour : soda, coca, café, thé
- 13 - Vous arrive t'il de sauter un repas (petit déjeuner, repas midi, repas soir) ?
- 14 - Prenez-vous des compléments alimentaires ?

	A	B	C	D
1	0	1	2	3 et +
2	0	1	2	3 et +
3	0	1	2	3 et +
4	0	1	2	3 et +
5	0	1	2	3 et +
6	0	1	2	3 et +
7	0 L	0,5 L	1 L	1,5 L
8	0	1	2	3 et +
9	0	1	2	3 et +
10	V	F	G	FR
11	0	1	2	3 et +
12	0	1	2	3 et +
13	0	1	2	3 et +
14	OUI	NON		

**ENTOUREZ LA PROPOSITION VOUS CONCERNANT**



NOM  
PRENOM  
AGE

DATE

## SYSTEME OSTEO ARTICULAIRE

0

1

2

3

- 1 - Avez-vous des douleurs articulaires, musculaires ou tendineuses
- 2 - Des raideurs, de la limitation dans les mouvements ?
- 3 - De la fatigue musculaire ou des courbatures à l'effort ?
- 4 - Une peau sèche ou avec eczéma, de l'acné, un herpès récidivant ?
- 5 - Perte ou chute de cheveux, ongles cassants ou striés ?
- 6 - Un œil sec, irrité, larmoyant ?
- 7 - Des gingivites ?

1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

## SYSTEME DIGESTIF ET IMMUNITÉ

0

1

2

3

- 1 - Avez-vous des difficultés à digérer : brûlures, reflux, éructations, lourdeurs ?
- 2 - Un transit perturbé : constipation, diarrhée, alternance diarrhée/constipation ?
- 3 - Des nausées, vomissements ?
- 4 - Des ballonnements, colite, ventre dur spasmé ?
- 5 - Des infections digestives, urinaires, vaginales ?
- 6 - Des infections ORL récidivantes, angines, rhinopharyngites, Sinusites, otites ?
- 7 - Des allergies cutanées, acné, psoriasis ?
- 8 - Des allergies respiratoires ?
- 9 - Prenez-vous des médicaments régulièrement ?

1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

NOM

DATE

PRENOM

AGE

**AXE CATHECHOLAMINERGIQUE : Présentez - vous les signes suivants :**

**0**

**1**

**2**

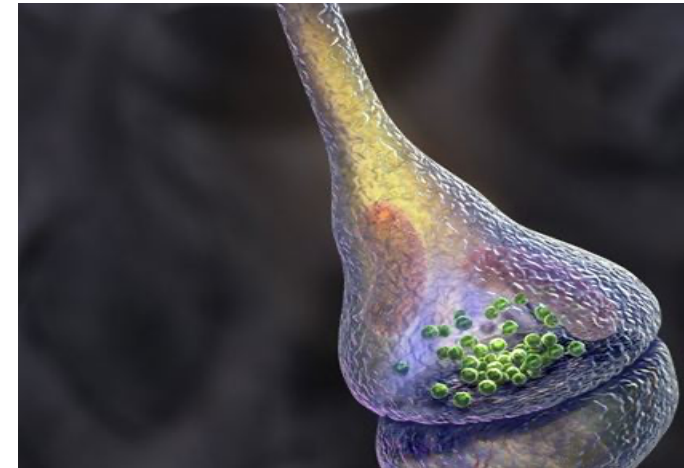
**3**

- 1 - De la fatigue, si oui dès le matin, le soir ou toute la journée ?
- 2 - Manque de motivation, difficultés à faire des projets ?
- 3 - Difficultés à prendre des décisions, à entreprendre ?
- 4 - Difficultés à se concentrer, à mémoriser ?
- 5 - Une tendance au repli sur vous-même ?
- 6 - De la perte de plaisir à faire les choses ?
- 7 - Le sentiment d'être déprimé, souffrez-vous moralement ?
- 8 - Un sentiment de dévalorisation, manque de confiance en soi ?
- 9 - Un sommeil agité, de l'impatience dans les jambes ?
- 10 - L'impression de fonctionner au ralenti ?
- 11 - Fumez-vous ? 0 : non fumeur - Si oui, combien ? 1 : < 5 - 2 : > 10 - 3 : > 15

1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

**Cochez selon les propositions :**

**Signe absent : 0 Signe peu présent : 1 - Signe gênant : 2 - Signe très gênant : 3**



NOM  
PRENOM  
AGE

DATE

# QUESTIONNAIRE MAGNÉSIUM présentez vous des signes de : 0 1 2 3

- 1 - Contractions involontaires de la paupière ou autres muscles ?
- 2 - Crampes musculaires ou fourmillements ?
- 3 - Tensions musculaires, raideurs de la nuque, des épaules et du bas du dos ?
- 4 - Spasme de la gorge ou contraction des mâchoires ?
- 5 - Névralgie d'Arnold, céphalées ou sensation de compression crânienne ?
- 6 - Des douleurs intercostales avec difficultés à la respiration ?
- 7 - Sensation d'oppression respiratoire, palpitations ?
- 8 - De l'hypersensibilité au bruit et à la lumière ?
- 9 - De l'hyperexcitabilité, de l'hyperémotivité, de l'anxiété ?
- 10 - Etes-vous sensible au stress ?
- 11 - Etes-vous fatigué ?
- 12 - Faites-vous régulièrement du sport ?

(si oui combien **0** : jamais, **1** : 0 à 2h/semaine, **2** : 2 à 4 h, **3** : + de 4 h)

1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

**Cochez selon les propositions :**

**Signe absent : 0 Signe peu présent : 1 - Signe gênant : 2 - Signe très gênant : 3**



NOM  
PRENOM  
AGE

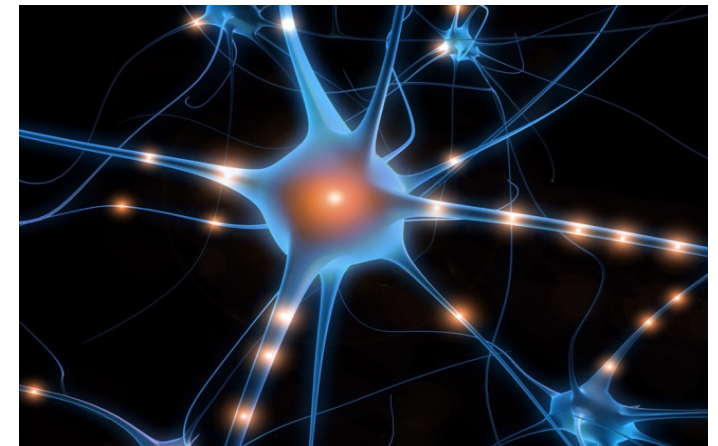
DATE

**SYSTEME NERVEUX CENTRAL : forme, stress, moral, système hormonal**

**0 1 2 3**

- 1 - Ressentez-vous de la fatigue, le matin, le soir ou toute la journée ?
- 2 - Des difficultés avec votre sommeil, endurcissement ou réveils nocturnes ?
- 3 - Des maux de tête ou des migraines ?
- 4 - De l'anxiété, de l'angoisse ou du stress ?
- 5 - Des moments de déprime, de tristesse, d'abattement ?
- 6 - Du diabète, de l'hypo ou hyperthyroïdie, ou autres ?
- 7 - Avez-vous un syndrome prémenstruel ?
- 8 - Avez-vous des troubles circulatoires (jambes lourdes, œdèmes) ?
- 9 - Avez-vous une autre maladie ? Si oui laquelle ?
- 10 - Avez-vous des antécédents personnels ?

1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				



NOM

DATE

PRENOM  
AGE

**AXE DES INDOLAMINES : Présentez - vous les signes suivants :**

**0**

**1**

**2**

**3**

- 1 - De l'irritabilité, de l'impatience, de l'agression ?
- 2 - Vous sentez-vous agressif
- 3 - Des difficultés à supporter les contraintes, les frustrations ?
- 4 - De la sensibilité au stress ?
- 5 - Des migraines fréquemment ?
- 6 - Un syndrome pré-menstruel (seins tendus, douleurs, fatigue) ?
- 7 - Des envies incontrôlés d'aliments sucrés en fin d'après-midi (chocolat) ?
- 8 - Des besoins d'activités répétitives (tabac, alcool, grignotage, Sport intense) ?
- 9 - Vous sentez vous incompris ?
- 10 - Difficultés à vous endormir ou des insomnies ?
- 11 - Une humeur instable ?
- 12 - Le manque de lumière vous affecte-il le moral (dépression saisonnière) ?

1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

**Cochez selon les propositions :**

**Signe absent : 0 Signe peu présent : 1 - Signe gênant : 2 - Signe très gênant : 3**

