



Cochez avec un « X » dans la bonne colonne

<b>A. Fatigue et trouble de l'humeur</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>Commentaires</b>
Echelle : Symptôme absent = 0 point / modéré = 1 point / gênant : 2 points / très gênant : 3 points					
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) / émotif(ve) / stressé(e)					
Je me sens déprimé(e)					
<b>B. Troubles digestifs</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	
Brûlures d'estomac / reflux / nausées					
J'ai des diarrhées					
Je suis constipé(e)					
Alternances diarrhées - constipation					
J'ai des gaz (odorants - non odorant)					
J'ai des ballonnements après manger					
Langue blanche - chargée - mauvaise haleine					
Allergie(s) - Intolérance(s) - Test IgG :					
<b>C. Troubles ostéo-articulaires</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	
Je ressens des douleurs : dos, cou,... Quand ?					
Je souffre des articulations					
Tendinites à répétition					
Muscles (crampes - tensions - raideurs)					
Douleurs intercostales					
Oppression respiratoire					
<b>D. Troubles infectieux</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	
Angines, rhumes, sinusites, otites...					
Bronchites, infections des poumons					
Infections urinaires					
Infections génitales					
Infections digestives					
Infections cutanées					
<b>E. Troubles cutanés</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	
J'ai la peau sèche					
Je fais régulièrement de l'eczéma					
Je fais de l'acné					
J'ai souvent de l'herpès					
Je perds mes cheveux, ils sont ternes, cassants					
Mes ongles sont cassants, se dédoublent					

<b>F. Troubles circulatoires</b>	0	1	2	3
J'ai les jambes lourdes				
Je fais de la rétention d'eau				
J'ai souvent les extrémités froides				
J'ai des fourmillements aux extrémités				
J'ai des troubles avant les règles / douleurs ?				

Médicaments, contraception	
Compléments alimentaires	
Activité physique + fréquence	
Poids : .....kg      Taille : .....cm	
Composition de ménage	<input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Enfants : ..... <input type="checkbox"/> Autres : .....
Don de sang ? Fréquence ?	
Tabac ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans le passé. Arrêt depuis quand ?.....
Objectif de votre consultation > Pourquoi vous consultez ?	
Antécédents médicaux personnels et familiaux <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Mère</li> <li>&gt; Père</li> <li>&gt; Grands-parents</li> <li>&gt; Frères et soeurs</li> </ul>	
Commentaires	

Dans le cadre du Règlement Européen n°2016/679 dit Règlement Général sur la Protection des données « RGPD », les informations personnelles telles qu'adresse physique, e-mail, téléphone sont utilisées strictement dans le cadre de la mission confiée à Magali Brumagne - nutrithérapeute. Les données à caractère sensible contenues dans ce document ne sont utilisées que dans le cadre et la durée nécessaire à votre suivi. Elles sont archivées au bout de 6 mois et conservées pendant 2 ans avant destruction.

Signature du patient :