

## PROCÉDURE

**Téléchargez ce document PDF et imprimez-le** ou remplissez-le **directement via PDF** (Onglets : « signer » -> « remplir et signer »).

Afin d'optimiser votre prise en charge et le bon déroulement de la séance :

Prenez le temps de **remplir les formulaires de manière précise, honnête, consciencieuse et en tenant compte de votre état général sur les 3 derniers mois**.

Une fois complétés, renvoyez **au plus tard l'avant-veille** de la consultation, les **questionnaires** en **dématérialisés** avec votre **motif de consultation**, à l'adresse mail suivante : [dctherapeute@gmail.com](mailto:dctherapeute@gmail.com)

➔ Puis envoyez votre règlement (par chèque) de **60€** à l'ordre de **David Carbonnier** par courrier à cette adresse :

**DAVID CARBONNIER**  
**27 rue Maurice Tilloy**  
**62710 COURRIERES**

Par retour de mail merci de me donner un descriptif des éléments qui pourraient être utile à votre prise en charge lors du rendez-vous.

Vous pouvez également me joindre par **voie dématérialisée** les **analyses biologiques** qui ont pu être réalisées (sur plusieurs années) en lien avec votre motif de consultation.

Obtenez votre **RDV via doctolib (en cliquant sur le lien)**. Le rendez-vous à lieu en présentiel à mon cabinet, par téléphone ou en VISIO.

➔ Votre chèque ne sera encaissé qu'après celui-ci.

Dans les 15 jours après l'entretien, vous recevrez par mail le résumé des propositions et conseils.

**Nota : Dans le cadre d'une consultation pour un enfant, veillez à ne pas lui poser les questions qui pourraient sembler inappropriées.**

Pour toute précision ou renseignements complémentaires vous pouvez appeler le 06 08 83 53 48.

**VOTRE PROFIL - QUI ÊTES-VOUS ?**

|                     |                                             |
|---------------------|---------------------------------------------|
| Nom :               | Prénom :                                    |
| Tél :               | Email :                                     |
| Taille :            | Poids :                                     |
| Date de naissance : | Profession :                                |
| Sport pratiqué :    | Nombre de séance par semaine :              |
|                     | Nombre d'heure d'entraînement par semaine : |

**ANTECEDENTS FAMILIAUX (GRANDS PARENTS, PARENTS, FRATERIE)**

Problèmes cardiovasculaires ? (Entourez) : AVC – infarctus – cholestérol – hypertension

Cancer : \_\_\_\_\_

Problème de thyroïde : \_\_\_\_\_

**AVEZ-VOUS DEJA ETE CONCERNE PAR UNE DE CES PATHOLOGIES ? (Entourez)**

Mononucléose – Herpès – Mycose vaginale – Mycose buccale – Mycose ongle de pied – Zona

|                                                     |     |     |
|-----------------------------------------------------|-----|-----|
| Prise régulière de médicaments :                    | Oui | Non |
| Réveil nocturne entre 1h et 3h du matin             | Oui | Non |
| Difficulté à manger le matin                        | Oui | Non |
| Difficulté à digérer les corps gras et les fritures | Oui | Non |
| Difficultés à supporter certaines odeurs/parfums    | Oui | Non |
| Contraception orale                                 | Oui | Non |
| Fatigue matinale                                    | Oui | Non |
| Mauvaise humeur matinale                            | Oui | Non |

### A – FATIGUE ET TROUBLES DE L'HUMEUR

Je me sens fatigué(e)

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

J'ai des difficultés à me motiver

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

J'ai des problèmes de sommeil

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

J'ai des difficultés de concentration

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

J'ai des difficultés de mémoire

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

Je me sens anxieux(se)

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

Je me sens angoissé(e), je me sens déprimé(e)

|                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <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

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

J'ai des reflux acides

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

Je ressens des nausées

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

J'ai des diarrhées

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

Je suis constipé(e)

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

Je présente des alternances diarrhée / constipation

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

J'ai des ballonnements après manger

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

J'ai des crises de colite

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

**TOTAL SCORE B**

### C – TROUBLES OSTEO-ARTICULAIRES ET DEGENERATIFS

Je ressens des douleurs au niveau du dos, du cou

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

Je souffre des articulations (poignets, coudes, épaules, chevilles, genoux, hanches)

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

J'ai mal dans les muscles, les tendons

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

Quand je fais du sport, je me blesse facilement

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

J'ai une maladie rhumatismale

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

Je souffre des yeux (cataracte, yeux sec, ...)

|                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <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 gorges, angines, rhumes, sinusites, otites, bronchites, infections des poumons.

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

J'ai régulièrement des infections urinaires

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

J'ai régulièrement des infections génitales

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

J'ai régulièrement des infections digestives

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

J'ai régulièrement des infections cutanées

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

**TOTAL SCORE D**

### E – TROUBLES INFECTIEUX

J'ai la peau sèche

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

Je fais régulièrement de l'eczéma

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

Je fais de l'acné

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

J'ai souvent de l'herpès au niveau du visage (bouche)

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

Je perds mes cheveux ; ils sont ternes, cassants

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

Mes ongles sont cassant ; il se dédoublent

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

**TOTAL SCORE E**

### F – TROUBLES CIRCULATOIRES

J'ai les jambes lourdes

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

Je fais de l'œdème (chevilles, mains, doigts ...)

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

J'ai des fourmillements aux extrémités

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

J'ai des syndromes prémenstruel (seins tendus, douleurs, fatigue, déprime)

|                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <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 75 cl de vin par jour = 1

Entre 75 et 150 cl par jour = 2

Plus de 150 cl par jour = 3

### UN MEDICAMENT

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 = \_\_\_\_\_

**0 = je ne ressens jamais ce symptôme**

**1 = je ressens de temps en temps ce symptôme ... mais ce symptôme est peu gênant**

**2 = je ressens ce symptôme de manière répétée ... ce symptôme est assez gênant. Je souhaiterais m'en débarrasser**

**3 = je ressens ce symptôme en permanence ... ce symptôme me gêne beaucoup, je n'arrive pas à m'en débarrasser ?**

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"/> |
|-----------------------|

**TOTAL SCORE G**

\_\_\_\_\_

|                                                                                                                               | 0 | 1 | 2 | 3 |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|--------------|
| <b>DOPAMINE</b>                                                                                                               |   |   |   |   |              |
| Vous sentez-vous moins motivé(e)                                                                                              |   |   |   |   |              |
| Portez-vous moins d'intérêt à vos occupations ?                                                                               |   |   |   |   |              |
| Avez-vous tendance à vous replier sur vous-même ?                                                                             |   |   |   |   |              |
| Êtes-vous moins attiré(e) par vos hobbies ?                                                                                   |   |   |   |   | <b>TOTAL</b> |
| Recherchez-vous moins le contact 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) ?                                                                                                 |   |   |   |   |              |
| <b>NORADRENALINE</b>                                                                                                          |   |   |   |   |              |
| Vous sentez-vous déprimé(e) ?                                                                                                 |   |   |   |   |              |
| Souffrez-vous moralement ?                                                                                                    |   |   |   |   |              |
| Avez-vous l'impression de fonctionner au ralenti ?                                                                            |   |   |   |   |              |
| Ressentez-vous moins de désir ?                                                                                               |   |   |   |   | <b>TOTAL</b> |
| Avez-vous des difficultés à prendre du plaisir ?                                                                              |   |   |   |   |              |
| Ressentez-vous une baisse d'appétit sexuel ?                                                                                  |   |   |   |   |              |
| Avez-vous des difficultés avec votre mémoire ?                                                                                |   |   |   |   | _____        |
| Vous sentez-vous mal aimé(e) ?                                                                                                |   |   |   |   |              |
| Êtes-vous fatigué(e) moralement ?                                                                                             |   |   |   |   |              |
| <b>SEROTONINE (+ MELATONINE)</b>                                                                                              |   |   |   |   |              |
| Vous sentez-vous irritable, impulsif(ve), vite en colère ?                                                                    |   |   |   |   |              |
| 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 ?                                                           |   |   |   |   | <b>TOTAL</b> |
| Etes-vous attiré(e) par le salé 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 ? ou me réveille vers 3h du matin ?                                                 |   |   |   |   |              |
| Vous sentez-vous vulnérable au stress, au bruit, sujet(te) aux migraines ?                                                    |   |   |   |   |              |
| Vous sentez-vous d'humeur changeante ?                                                                                        |   |   |   |   |              |
| <br><b>0 = symptôme absent</b><br><b>1 = symptôme modéré</b><br><b>2 = symptôme gênant</b><br><b>3 = symptôme très gênant</b> |   |   |   |   |              |
| <b>MELATONINE</b>                                                                                                             |   |   |   |   |              |
|                                                                                                                               | 0 | 1 | 2 | 3 |              |

Je parais plus âgé(e) que je le suis en réalité  
 J'ai du mal à m'endormir le soir  
 Je me réveille souvent la nuit ...  
 ... et je n'arrive plus à me rendormir  
 J'ai souvent des pensées négatives quand j'essaie de m'endormir  
 La nuit mes pieds sont chaud  
 Quand je me lève le matin, je suis fatigué(e)  
 J'ai l'impression de vivre de manière décalé(e) : je me couche-tard ou me lève tôt  
 Je fume, je bois du café et/ou je prends des bêtabloquants ou des somnifères.

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

**TOTAL**

**0 = Jamais**  
**1 = Parfois**  
**2 = Modérément**  
**3 = Beaucoup / Toujours**

#### Analyse des résultats

Jusqu'à 8 points : votre taux de mélatonine est dans la norme

De 09 à 14 points : il est possible que vous ayez une carence en mélatonine

Plus de 14 points : vous avez probablement une carence en mélatonine.

#### **M A G N E S I U M**

Contractions involontaires de la paupière (clonie palpébrale), d'autres muscles (bras, abdominaux, quadriceps)  
 Crampes musculaires (mollets, doigts de pied, pieds, mains...), s'aggravant éventuellement pendant la grossesse  
 Tensions musculaires, raideurs dans la nuque, les épaules et bas du dos  
 Névralgie d'Arnold (douleur intense qui part du haut du cou et qui irradie dans la partie postérieure du crâne), céphalées temporales avec impression d'avoir la tête dans un étau  
 Douleurs intercostales (pointe thoracique qui contraint à respirer tout doucement, « pointe au cœur »)  
 Hypersensibilité aux bruits et à la lumière  
 Quand je me lève le matin, je suis fatigué(e)  
 Oppression respiratoire, palpitations  
 Fourmillements des mains et des pieds (Paresthésies), extrémités froides et moites  
 Hyperexcitabilité – émotivité – anxiété  
 Rétention d'eau notamment en période prémenstruelle et pendant la grossesse

| 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"/> |
| <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**

### A. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

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

- Allergie ?
- Diabète de type 1 ?
- Maladie de Crohn ?
- Maladie cœliaque ?
- Rhumatisme inflammatoire ?
- Psoriasis ?
- Thyroïdite ?
- Sclérose en plaque
- Vitiligo, Pelade ?
- Goujerot, Lupus ?
- Cancer ?

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

**TOTAL 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 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 ?
- Acouphènes, vertiges ?
- Dyslexie, dyscalculie, hyperactivité ?

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

**TOTAL 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 peau ?  
Thyroïdite ?  
Sclérose en plaque  
Vitiligo, Pelade ?  
Goujerot, Lupus ?  
Cancer ?

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

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

**TOTAL D**

\_\_\_\_\_



## VOS HABITUDES ALIMENTAIRE

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

Précisez la quantité en vous servant du guide des équivalence

Eau du robinet : \_\_\_\_\_

Eau en bouteille : \_\_\_\_\_

Soda (lesquels) : \_\_\_\_\_

Vin (lesquels) : \_\_\_\_\_

Alcool (lesquels) : \_\_\_\_\_

Café (tasse/jour) : \_\_\_\_\_

Thé (tasse/jour – lesquels) : \_\_\_\_\_

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

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

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

Des œufs (précisez aussi le mode de cuisson) :

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

Fromages (lesquels) :

Yaourts (lesquels) :

Des céréales (lesquelles) :

Du pain (lesquels) :

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

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

Oléagineux (noix, noisette, 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 œufs

#### 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

## AU COURS DES DERNIERS MOIS

Avez-vous été dérangé par un évènement inattendu ces derniers mois ?

Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?

Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ?

Avez-vous affronté(e) avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?

Avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?

Vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes ?

Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?

Avez-vous pensé que ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?  
Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?

Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?

Vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les évènements échappaient à votre contrôle ?

Vous êtes-vous surpris(e) à penser des choses que vous deviez mener à bien ?

Avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?

Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous pouviez les contrôler ?

## Résultats

[illegible]

**Pour calculer le score, il suffit d'ajouter les chiffres qui figurent au niveau de chaque réponse.**

**Score inférieur à 21**

C'est une personne qui **sait gérer son stress**, qui sait s'adapter et pour laquelle il existe toujours des solutions.

**Score compris entre 21 et 26**

C'est une personne qui **sait en général faire face au stress**, mais il existe un certain nombre de situations qu'elle ne sait pas gérer. Elle est parfois animée d'un sentiment d'impuissance qui entraînent des perturbations émotionnelles. Elle peut sortir de ce sentiment d'impuissance en apprenant des méthodes de stratégies de changement.

**Score supérieur à 27**

La vie est **une menace perpétuelle** pour cette personne : elle a le sentiment de subir la plupart des situations et de ne pouvoir rien faire d'autre que de les subir. Ce fort sentiment d'impuissance lié à sa représentation de la vie peut la faire basculer dans la maladie. Un travail sur son schéma de pensée est souhaitable ainsi qu'un changement dans sa manière de réagir.

**PAR EXEMPLE :**

**Question 1- Au cours du dernier mois combien de fois, avez-vous été dérangé (e) par un évènement inattendu ?**

**Jamais** : compter **1** pour calculer le score

**Presque jamais** : compter **2** pour calculer le score

**Parfois** : compter **3** pour calculer le score

**Assez souvent** : compter **4** pour calculer le score

**Souvent** : compter **5** pour calculer le score

## Syndrome du Côlon Irritable

### FREQUENCE DES SYMPTÔMES

Gêne abdominale, douleurs ou crampes

Intensité de vos douleurs de 0 à 10 :

Veuillez indiquer le nombre de jours au cours desquels vous souffrez sur une période de 10 jours.

Exemple si votre réponse est 4, cela signifie que vous souffrez 4 jours sur 10

Satisfaction de votre fréquence à la selle de 0 à 10

Selles dures ou moulées

Selles molles ou liquides

Effort important pour aller à la selle

Besoin pressant d'aller à la selle (en urgence)

Sentiment de défécation incomplète

Présence de mucus (substance blanche) dans les selles

Tension abdominale, ballonnements, gonflements

Importance de la distension abdominale de 0 à 10

Flatulences

Brûlures d'estomac ou douleurs dans la poitrine

Sentiment de satiété juste après le début du repas

Besoin d'uriner plus fréquemment

Nausées

Un score <20 signifie pas de symptômes gênants ou des symptômes très peu gênants ; des scores > 40

Correspondent à des symptômes souvent ou toujours gênants

0 1 2 3 4 5

0 0 0 0 0 0

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0

\_\_\_\_\_

0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0

**TOTAL**

\_\_\_\_\_

# Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

-- -/= +/= ++

Entourez le numéro qui vous correspond

- Je me sens tendu(e) ou énervé(e)
- Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
- J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
- Je ris facilement et vois le bon côté des choses
- Je me fais du souci
- Je suis de bonne humeur
- Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)
- J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
- J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
- Je ne m'intéresse plus à mon apparence
- J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
- Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
- J'éprouve des sensations soudaines de panique
- Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | 2 | 1 | 0 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | 2 | 1 | 0 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3 | 2 | 1 | 0 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | 2 | 1 | 0 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | 2 | 1 | 0 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | 2 | 1 | 0 |

## Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 :

TOTAL A

\_\_\_\_\_

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 :

TOTAL D

\_\_\_\_\_

Jamais

De temps en temps

Souvent

La plupart du temps

--

-/=

+/=

++

## Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).