

Questionnaire Nutrithérapie Fonctionnelle

Date :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Tél :

E-mail :

Taille :

Poids :

Profession :

Votre profession est-elle active ou sédentaire ?

Habitation : Maison / appartement

Ville / campagne

Activités physiques pratiquées :

Temps d'activité(s) physique(s) par semaine :

X/ semaine

H/ semaine

Objectif(s) de votre consultation :

Antécédents personnels :

-
-
-
-

Antécédents familiaux :

-
-
-
-

Commentaires éventuels :

Prise de médicaments :

| Nom | Dosage | Posologie |
|-----|--------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

Prise de compléments alimentaires :

| Nom | Dosage | Posologie |
|-----|--------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Prédisposition diabète

| | |
|---|-----------|
| Avez-vous un membre de la famille diabétique | OUI / NON |
| Avez-vous déjà eu une glycémie trop élevée lors d'un test sanguin ? | OUI / NON |
| Souffrez-vous d'hypertension artérielle ? | OUI / NON |
| Pratiquez-vous minimum 30minutes d'activité physique quotidienne ? | OUI / NON |
| Mangez-vous des fruits et légumes chaque jour ? | OUI / NON |
| Avez-vous des problèmes de vision ? | OUI / NON |
| Avez-vous des problèmes de cicatrisation ? | OUI / NON |
| Avez-vous régulièrement une sensation de soif intense ? | OUI / NON |
| Vous réveillez-vous + de 2 fois / nuit pour uriner ? | OUI / NON |

Nutrition générale :

Petit Déjeuner

- Domicile
- Travail

Sucré / Salé

Matinée

0 Faim 0 Envie 0 Habitude/ennui/stress

Dîner

- Domicile
- Travail

Entre dîner et souper

0 Faim 0 Envie 0 Habitude/ennui/stress

Souper

Nombre de fois / semaine : **Viande rouge :** **Viandes Blanches :**

- | | | | |
|--------------------------------|-------------------|---------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Domicile | Poissons : | Œufs : | Autres (charcuterie grasse,) : |
| <input type="radio"/> Travail | Légumes : | | |

Féculents :

Soirée

0 Faim 0 Envie 0 Habitude/ennui/stress

Boissons

Eau : Alcool/vin : Jus/Sodas :

Thé : Café : Autres :

Indiquez la quantité par jour ou par semaine

Divers

Aliments préférés :

Huile et matières grasses utilisées ?

Fruits ?

Légumes ?

Produits laitiers ?

Comment mangez-vous : 0 lentement 0 normalement 0 Rapidement

Je cuisine : 0 Régulièrement 0 Occasionnellement 0 Jamais

Je privilégie :

- La qualité (bio, aliments non transformés,)
- Le prix (au détriment de la qualité)
- La facilité / rapidité (plats tout fait à réchauffer)

Votre sommeil...

1 - Avez-vous des problèmes de sommeil ?

Si oui, depuis combien de temps ?

Combien de temps mettez-vous à vous endormir ?

Combien de fois vous réveillez-vous la nuit ?

Combien d'heures dormez-vous en moyenne par nuit ?

Vivez-vous des conséquences négatives de la mauvaise qualité de votre sommeil ? (par exemple troubles de concentration, de mémoire, irritabilité, somnolence pendant la journée...).

2 - Causes possibles des troubles du sommeil

Y a-t-il des changements ou des évènements récents sources d'inquiétude ?

Souffrez-vous de sautes d'humeur ou d'anxiété le soir?

Travaillez-vous à poses ou de nuit ?

Consommez-vous des boissons alcoolisées avant le coucher ?

Consommez-vous des boissons énergisantes avant le coucher (café, thé, coca) ?

Fumez-vous avant d'aller dormir ? (tabac ou cannabis)

Souffrez-vous du syndrome des jambes sans repos ?

Recevez-vous des remarques sur vos mouvements la nuit ?

Recevez-vous des remarques sur des ronflements bruyants la nuit ?

3 - Vos habitudes de sommeil

Vous levez-vous toujours à la même heure ?

La température est-elle agréable dans votre chambre à coucher ?

Votre chambre à coucher est-elle suffisamment aérée ?

Votre chambre à coucher est-elle suffisamment obscure ?

Êtes-vous actif en journée ?

Avez-vous un rituel de coucher ?

Mangez-vous léger ou lourd le soir ?

Allez-vous dormir quand vous êtes fatigué(e) ou quand il est l'heure habituelle ?

Regardez-vous souvent l'heure la nuit ?

Regardez-vous la télévision ou des écrans la nuit ? Ou lisez-vous ?

Faites-vous une sieste la journée ?

Faites-vous du sport avant d'aller dormir ?

Estimez chacun des symptômes suivants pour la période des 30 derniers jours, comme ceci :

0 = Absent

1 = Modéré

2 = Gênant

3 = Très gênant

1- Les Indolamines (Sérotonine + Mélatonine)

| Symptôme | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|---|
| Irritabilité | | | | |
| Insatisfait(e), impatient(e), sentiment d'être incompris(e) | | | | |
| Intolérance aux contraintes / à la frustration | | | | |
| Ne supporte pas le stress | | | | |
| Sauts d'humeur (individu qui explose pour un oui ou un non) | | | | |
| Agressivité | | | | |
| Compulsions alimentaires notamment envie de sucré, grignotage entre les repas | | | | |
| Tendance à la dépendance : tabac, alcool, café... | | | | |
| Difficultés à trouver le sommeil, insomnies | | | | |
| Dépression saisonnière (automne, fin hiver), manque de lumière affecte le moral | | | | |
| Total > Normal < 10 | | | | |

2- Les Catécholamines (Dopamine + Noradrénaline +adrénaline)

| Symptôme | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|---|
| Toujours fatigué(e) | | | | |
| Troubles du sommeil | | | | |
| Difficulté d'entreprendre, difficulté à prendre des décisions | | | | |
| Difficulté à poursuivre une action, fonctionnement au ralenti | | | | |
| Diminution de l'intérêt au travail, manque de motivation, difficultés à faire des projets | | | | |
| Difficultés de concentration, de mémorisation, d'apprentissage | | | | |
| Retrait (plus d'envie de voir ses amis...), repli sur soi même, perte du plaisir à faire les choses | | | | |
| Sentiment d'être déprimé (e), douleur morale | | | | |
| Sentiment de dévalorisation, manque de confiance en soi, baisse de la libido | | | | |
| Impatience dans les jambes | | | | |
| Total > Normal < 10 | | | | |

3- Le Magnésium

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

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 crane), 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

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

Total > Normal < 10

Au-delà de 10, soit :

- **Vous ne vous supplémentez pas en magnésium**
- **Vous vous supplémentez, mais avec de mauvais sels**
- **Vous avez le bon sel, mais a dosage non adéquat.**

4- Les tensions pulsionnelles élevées

| Symptôme | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|---|
| Vous sentez-vous irritable ? | | | | |
| Vous sentez-vous impatient ? | | | | |
| Les frustrations et contraintes de la vie vous semblent-elles insupportables ? | | | | |
| Avez-vous des difficultés face au stress ? | | | | |
| Souffrez-vous de sautes d'humeur ? | | | | |
| Vous sentez-vous agressif(ve) ? | | | | |
| Avez-vous tendance à grignoter de façon incontrôlée | | | | |
| Ce grignotage est surtout sucré et + difficile après 16h ? | | | | |
| Avez-vous des tendances à la dépendance ? (Tabac, alcool, café, grignotage, sport intensif, achat compulsif,) | | | | |
| Avez-vous des difficultés à vous endormir ou réveillez-vous souvent durant la nuit ? | | | | |
| Souffrez-vous de dépression saisonnière ? (Automne et fin d'hiver) ? | | | | |
| Inférieur ou égal à 10 : Tout va bien, gardez la zen attitude | | | | |
| Entre 11 et 14 : TPE modérée, écoutez les conseils reçus | | | | |
| A partir de 15 : TPE majeure, à traiter en consultation | | | | |

5 - Bilan thyroïdien

Veuillez cocher les signes d'hypothyroïdie rencontrés :

- Frilosité, extrémités froides
- Prise de poids ou difficultés à en perdre
- Fatigue matinale anormale
- Se sent mieux dans l'action, en mouvement
- Constipation
- Œdème le matin périorbitaire, mains, pieds
- Moral up / down (maniaco-dépressif,)
- Dépression
- Bradypsychie (ralentissement intellectuel)
- Peau sèche
- Hypertension diastolique
- Perte de cheveux
- Ongles fragiles
- Peau marbrée
- Migraine tenace aux traitements
- Infection ORL à répétition
- Température matinale basse
- Rigidité articulaire le matin
- Etat dépressif le matin
- Perte de la partie externe du sourcil (signe de Hertoghe)

Total : Signes d'hypothyroïdie

Alors que 2-3 peuvent déjà suffire !

6 – Bilan Surrénalien – Cortisol

Cochez dans cette liste les symptômes que vous reconnaissiez :

- Mains tremblantes
- Diarrhée
- Palpitations
- Fréquence cardiaque plus élevée
- Sentiment de panique
- Faiblesse
- Incapacité à gérer du stress
- Incapacité à gérer les interactions avec d'autres
- Incapacité de se concentrer
- Accès de rage ou explosions brusques de colère
- Hyper sensibilité émotionnelle
- Très défensif
- Sentiment paranoïaque à propos des gens
- Réactions exacerbées au stress quotidien
- Aucune patience
- Facilement irritable
- Episodes hypoglycémiques légers à sévères
- Nausées face au stress
- Récupération lente après un stress
- Symptômes pseudo-grippaux
- Mal de tête, mal au cuir chevelu
- Douleurs dans tous le corps/abaissement seuil douleur
- Peau hyper sensible
- Fatigue extrême, accentuée après le repas du midi
- Nervosité
- Maladroit (laisser tomber des choses, se cogner partout)
- Confusion
- Compulsions glucidiques/pour le sel
- Douleur dans le bas du dos
- Tête dans le brouillard/dans le gaz
- Sursaute au moindre bruit/hyper réactif
- Faiblesse musculaire
- Manque d'air, essoufflement
- Vertiges/hypotension
- Etourdissements
- Endormissement, malgré prise de café
- Sensation vertigineuse chaque fois que le patient se lève
- Cernes sous les yeux
- Réveil au milieu de la nuit pour plusieurs heures
- Difficulté à s'endormir
- Besoin d'uriner fréquemment
- Aggravation des allergies

Total : Signes de trouble surrénalien

7- Gaba

| Symptôme | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| Vous sentez-vous stressé, pressé, accablé ? | | | | |
| Avez-vous cette sensation de gorge nouée, « boule H », boule à la gorge, oppression à la respiration ? | | | | |
| Impossibilité à vous détendre ? | | | | |
| Anxiété / nervosité ? | | | | |
| Vous avez besoin d'aide pour vous détendre (alcool, tabac, médicaments, drogue,) ? | | | | |
| Avez-vous des douleurs chroniques typées « fibromyalgie » ? | | | | |
| Femme : anxiété accentuée en prémenstruel ? | | | | |

8- Foie et détox

Répondez par oui/non :

- Maux de tête :
- Nausées :
- Incommodé par les odeurs (parfum, solvant, produits chimiques...) :
- Teint altéré (blanchâtre, jaunâtre) :
- Fatigue (majorée après le repas) :
- Symptômes majorés avant les règles :
- Difficulté à supporter les xénobiotiques (= Hormones, médicaments, alcool) :
- Apparition de graisse viscérale :
- Peu d'appétit le matin :
- Réveils récurrents vers 2-3 h du matin :

9- testostérone (+ Dhea)

Cochez dans cette liste les symptômes que vous reconnaissiez (homme et femme) :

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> <i>Perte osseuse et musculaire</i> <input type="radio"/> <i>Gain de masse grasse</i> <input type="radio"/> <i>Problèmes psy : indécision</i> <input type="radio"/> <i>Fatigue</i> <input type="radio"/> <i>Dépression</i> <input type="radio"/> <i>Caractère soumis</i> <input type="radio"/> <i>Manque d'audace</i> <input type="radio"/> <i>Irritable</i> | <input type="radio"/> <i>Rigide</i> <input type="radio"/> <i>Trop émotionnel</i> <input type="radio"/> <i>Perte de mémoire</i> <input type="radio"/> <i>Faiblesse musculaire</i> <input type="radio"/> <i>Baisse de libido</i> <input type="radio"/> <i>Visage émacié- mou</i> <input type="radio"/> <i>Muscles mous</i> <input type="radio"/> <i>Ventre gras-relâché</i> |
|--|--|

Femme

- *Cellulite exagérée*
- *Baisse d'énergie et de libido (diminution de la sensibilité du clitoris)*
- *Perte de fermeté musculaire*
- *Relâchement de la ceinture abdominale*
- *Douleurs articulaires et musculaires*
- *Peu sûre de soi*
- *Perte de force musculaire*
- *Perte de mémoire*
- *Troubles du sommeil*
- *Hypercholestérolémie*
- *Diabète*
- *arthrose*

Homme

- *Périodes dépressive / manque d'estime de soi*
- *Peu de confiance*
- *Bouffées de chaleur*
- *Manque d'érection*
- *Absence d'érection matinale*
- *Éjaculations faibles*
- *Moins de barbe*
- *Testicules mous*
- *Hypertrophie de la prostate*
- *Apparition de rides autour des yeux et de la bouche*
- *Prise de graisse abdominale*
- *Perte de la pilosité axillaire et barbe*
- *Perte musculaire*

10- Oestrogènes / Progestérone

Cochez dans cette liste les symptômes que vous reconnaissiez (femme) :

Oestrogènes, signes de carence :

- **Règles douloureuses, pauvres, irrégulières**
- **Migraines pendant le cycle**
- **Bouffées de chaleur**
- **Chute de libido**
- **Baisse d'énergie**
- **Fatigue**
- **Prise de poids**
- **Muqueuses sèches**
- **Peau déshydratée**
- **Ostéoporose**
- **Perte des cheveux**
- **Perte de féminité**
- **Dépression / anxiété**
- **Chute des seins**
- **Perte de lubrification vaginale**
- **Perte de masse musculaire**
- **Gain de masse grasse**
- **Hirsutisme (excès de poils au niveau du visage)**

Progestérone, signes de carence :

- **Tension mammaire**
- **Syndrome prémenstruel**
- **Règles abondantes**
- **Règles douloureuses**
- **Anxiété – nervosité**
- **Irritabilité**
- **Instabilité émotionnelle excessive**
- **Troubles du sommeil**
- **Bouffées de chaleur**
- **Kystes seins / ovaires**

Hommes et oestrogènes

- **Tétons sensibles et/ou douloureux**
- **Glandes palpables au téton**
- **Formation de seins**
- **Cellulite**
- **Rétention d'eau**
- **Signes de féminisation (se sent + fragile émotionnellement)**

Les résultats seront analysés uniquement lors d'une consultation au cabinet ou en Visio. Un traitement adéquat vous sera alors proposé pour régler et/ou soulager vos symptômes