

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

- ☐ Domicile
- ☐ Travail

Nombre de fois / semaine :

Viande rouge :

Viandes Blanches :

Poissons :

Œufs :

Autres (charcuterie grasse,) :

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 événements 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

Sautes 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 étai | | | | |
| 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

Veillez cocher les signes d'hypothyroïdie rencontrés :

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

Total : Signes d'hypothyroïdie

Alors que 2-3 peuvent déjà suffire !

6 – Bilan Surrénalien – Cortisol

Cochez dans cette liste les symptômes que vous reconnaissez :

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

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 a 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 reconnaissez (*homme et femme*) :

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

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- Œstrogènes / Progestérone

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

Œstrogènes, 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 œstrogènes

- 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