

BILAN ÉQUILIBRE INTESTINAL

Déterminez vos carences en neurotransmetteurs

Interprétation des résultats :

Partie 1 : symptômes intestinaux

Si score supérieur à 15 : vos symptômes nécessitent une prise en charge médicale.

Partie 2 : manifestations extra-digestives

Si score supérieur à 10 et/ou présente plus de 3 symptômes : possibilité de déséquilibre intestinal.

Partie 3 : habitudes alimentaires

Si score compris entre 0 et 6 : vos habitudes alimentaires satisfaisantes.

Si score compris entre 7 et 12 : habitudes alimentaires pouvant affecter votre équilibre intestinal et provoquer troubles intestinaux.

Si score supérieur à 13 : vos habitudes alimentaires nécessitant une correction nutritionnelle.

Partie 4 : impacts des troubles gastro-intestinaux

Un déséquilibre intestinal peut engendrer des répercussions dans votre vie quotidienne.

Renseignements complémentaires :

Date :

Nom : Prénom :

Tél :

Email :

Date de naissance :

Taille : Poids :

Profession :

Activités physiques :

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

Traitements et pathologies :

Prise de médicaments : _____

Prise d'antibiotiques :
le mois dernier
durant les 3 derniers mois
durant les 6 derniers mois

Prise de probiotiques : _____

Etes-vous atteint(e) d'une pathologie chronique? Préciser : _____

Avez-vous des antécédents familiaux ou personnels de :
cancer colo-rectal
maladie coeliaque
maladie chronique inflammatoire de l'intestin

SYMPTÔMES INTESTINAUX

Entourez le chiffre correspondant à votre situation : 0 = jamais, 1 = rarement, 2 = parfois, 3 = souvent.

	0	1	2	3
Souffrez-vous de douleurs abdominales?				
Souffrez-vous de remontées acides?				
Souffrez-vous de brûlures d'estomac?				
Ressentez-vous une sensation d'inconfort intestinal?				
Souffrez-vous de nausées ou de vomissements?				
Souffrez-vous de ballonnements ou de flatulences?				
Avez-vous des borborygmes (bruits intestinaux)?				
Avez-vous constaté une fréquence anormale de selles? (moins de 3 fois par semaine ou plus de 3 fois par jour)				
Ressentez-vous un sentiment d'évacuation incomplète des selles?				
Ressentez-vous un besoin pressant d'aller à la selle?				
En cas de douleurs, vous sentez-vous soulagé(e) d'aller à la selle?				
Souffrez-vous de diarrhées ou de constipation?				
Avez-vous remarqué la présence de mucus dans vos selles?				

Total

Interprétation des résultats

Très faible	30
Faible	25
Suffisant	15
Optimal	0

MANIFESTATIONS EXTRA-DIGESTIVES

Entourez le chiffre correspondant à votre situation : 0 = jamais, 1 = rarement, 2 = parfois, 3 = souvent.

	0	1	2	3
Ressentez-vous des douleurs dorsales et/ou musculaires et/ou articulaires?				
Présentez-vous des troubles cutanés (eczéma, psoriasis, éruptions cutanées)?				
Souffrez-vous de troubles de l'humeur (irritabilité, anxiété, déprime)?				
Souffrez-vous de troubles de la mémorisation et/ou de la concentration?				
Avez-vous eu des fièvres inexplicables?				
Ressentez-vous de la fatigue et/ou de la somnolence?				
Avez-vous des troubles du sommeil (difficultés à vous endormir, réveils nocturnes)?				
Avez-vous constaté une perte de poids involontaire?				
Avez-vous des difficultés de récupération après avoir pratiqué une activité sportive?				
Souffrez-vous de maux de tête?				
Total				

Interprétation des résultats

Très faible	30
Faible	25
Suffisant	15
Optimal	0

HABITUDES ALIMENTAIRES

Entourez le chiffre correspondant à votre situation : 0 = jamais, 1 = rarement, 2 = parfois, 3 = souvent.

	0	1	2	3
Mangez-vous moins de 5 fruits et légumes par jour?				
Mangez-vous rapidement, sur le pouce?				
Mangez-vous à des heures régulières?				
Consommez-vous régulièrement des fast-foods, snacks, pizzas, etc.. ?				
Avez-vous manifesté des réactions allergiques à certains aliments? Préciser : _____				
Evitez-vous de consommer certains aliments en raison de troubles intestinaux qu'ils auraient pu engendrer? Préciser : _____				
Total				

Interprétation des résultats

Très faible	30
Faible	25
Suffisant	15
Optimal	0

IMPACT DES TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX

Entourez le chiffre correspondant à votre situation : 0 = jamais, 1 = rarement, 2 = parfois, 3 = souvent.

	0	1	2	3
Vous est-il déjà arrivé de reporter ou d'annuler des activités professionnelles et/ou extra-professionnelles en raison de douleurs intestinales?				
La présence de douleurs affecte la qualité de votre sommeil?				
Vos douleurs vous préoccupent-elles au cours de votre journée?				
Vos douleurs vous empêchent-elles de manger à votre faim?				
Avez-vous manifesté des réactions allergiques à certains aliments? Préciser : _____				
A votre arrivée dans un nouvel endroit, repérez-vous systématiquement les toilettes?				
Total				

Interprétation des résultats

Très faible	30
Faible	25
Suffisant	15
Optimal	0

Laboratoires Oligosanté
38 rue Lantiez 75017 Paris

contact@oligosante.com
01.53.06.65.00

