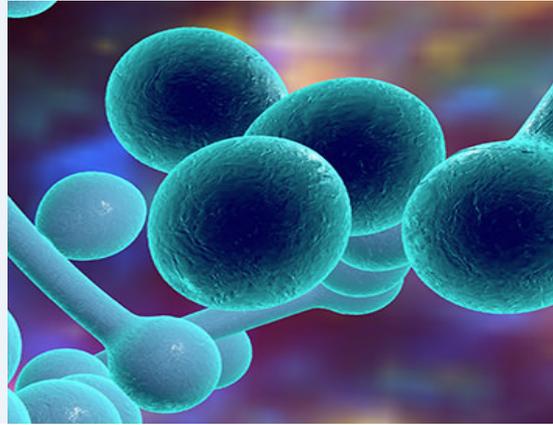


QUESTIONNAIRE SANTÉ

Test

Diagnostic candidose

Evaluez votre
microbiote
intestinal



RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Date :

Nom :

Prénom :

Téléphone : _____

Email:

Date de naissance : __/__/____

Taille: ____ cm Poids: ____ kg

Profession:

Activités physiques pratiquées:

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

Parmi les nombreux microbes qui habitent normalement notre corps, il existe une levure commune, le *Candida albicans*, qui réside dans notre intestin.

Mais, pour différentes raisons liées au terrain ou à certains traitements, cette levure peut se développer de façon excessive et engendrer divers symptômes qui constituent le syndrome de candidose chronique (mycose à *Candida*).

A remettre à votre praticien santé

Evaluation du ressenti : 0 = Absent, 1 à 2 = Peu fréquent/gênant,
3 à 4 = Assez fréquent/ gênant, 5 = Très fréquent/gênant.

TERRAIN

| | |
|---|--|
| Avez-vous fréquemment des infections (respiratoires, ORL, uro-génitales, cutanées...) ? | |
| Avez-vous pris un traitement antibiotique dans l'année ? Non = 0 ; 1 traitement = 1 à 2 ; 2 à 3 traitements = 3 à 4 ; Plus de 3 traitements = 5 | |
| Avez-vous pris un traitement à base de corticoïdes dans l'année ? Non = 0 ; 1 traitement = 1 à 2 ; 2 à 3 traitements = 3 à 4 ; Plus de 3 traitements = 5 | |
| Avez-vous pris un traitement antidépresseur ? Non = 0 ; 1 traitement = 1 à 2 ; 2 à 3 traitements = 3 à 4 ; Plus de 3 traitements = 5 | |
| Avez vous un traitement au long court ? | |
| Souffrez-vous de diabète ? | |
| Avez-vous souffert, au moins une fois dans votre vie, d'une vaginite (femme) ou d'une prostatite (homme) ? | |
| Avez-vous tendance à consommer beaucoup de sucres ? | |
| Êtes-vous gêné(e) par les odeurs fortes (parfum, insecticides, tabac...) ? | |
| Consommez-vous régulièrement du vin et/ou autres alcools ? | |
| Combien de cigarettes fumez-vous ? Non fumeur = 0 ; Fumeur occasionnel festif = 1 à 2 ; 5 à 10 cigarettes par jour = 3 à 4 ; Plus de 10 cigarettes par jour = 5 | |
| Pour les femmes Avez-vous un stérilet ? | |
| Prenez-vous une contraception orale ? Non = 0 ; Oui = 5 | |
| Souffrez-vous de dysménorrhées (douleurs, règles abondantes, tension dans les seins) ? | |
| Souffrez-vous de cystites à répétition ? | |
| Souffrez-vous d'endométriose ? | |

TOTAL

SYMPTÔMES

| SYMPTÔMES GÉNÉRAUX | |
|---|--|
| Consommez-vous du pain/pâtes/sucreries ? | |
| Avez-vous envie de consommer de l'alcool ? En consommez-vous ? | |
| Souffrez-vous de fatigue chronique ? | |
| Souffrez-vous d'insomnies ? | |
| Souffrez-vous de troubles du sommeil ? | |
| Avez-vous des problèmes de concentration ? | |
| Souffrez-vous d'anxiété ? Crise de panique ? Désorientation ? | |
| Souffrez-vous de vertiges ? Accouphènes ? Brouillards oculaires ? | |
| Constatez-vous de l'hyper émotionnalité ? Irritabilité | |

TOTAL

| SYMPTÔMES DIGESTIFS | |
|--|--|
| Souffrez-vous de diarrhées ? Constipation ? | |
| Avez-vous des reflux gastro-oesophagien ? | |
| Souffrez-vous de mauvaise haleine ? | |
| Présentez-vous des douleurs abdominales ? Gênes digestives ? | |
| Avez-vous des caries dentaires ? | |
| Souffrez-vous de brûlures de la langue et/ou des gencives ? | |
| Souffrez-vous de ballonnements ? Aérophagie ? | |
| Souffrez-vous de brûlures digestives ? | |
| Avez-vous des hypersensibilités alimentaires ? | |

TOTAL

SYMPTÔMES

| SYMPTÔMES CUTANÉS | |
|--|--|
| Avez-vous les ongles et/ou cheveux cassants ? | |
| Souffrez-vous d'éruptions cutanées (eczema, acné, dermatite, psoriasis...) | |
| TOTAL | |

| SYMPTÔMES URO-GÉNITAUX | |
|--|--|
| Avez-vous des pertes blanches (femmes) ? | |
| Souffrez-vous de douleurs pendant les rapports sexuels (femme) ? | |
| Présentez-vous des démangeaisons vulvo-vaginales (femme) ? Des démangeaisons ou rougeurs localisées (homme) ? | |
| Souffrez-vous de vaginite ? Cystite (femme) ? Prostatite (homme) ? | |
| Souffrez-vous de problèmes d'érection ? Baisse de libido ? (homme) | |
| Subissez-vous du stress prémenstruel ? (femme) | |
| Souffrez-vous d'endométriose ? | |
| TOTAL | |

| SYMPTÔMES ORL | |
|--|--|
| Souffrez-vous de toux chronique ? | |
| Présentez-vous des éternuements et écoulements nasaux ? | |
| Présentez-vous des démangeaisons vulvo-vaginales (femme) ? Des démangeaisons ou rougeurs localisées (homme) ? | |
| Souffrez-vous de rhinite? | |
| Souffrez-vous de sinusite ? | |
| Subissez-vous du stress prémenstruel ? (femme) | |
| Souffrez-vous d'endométriose ? | |
| TOTAL | |

TOTAL GÉNÉRAL :

Femmes :/245

Hommes :/195

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Pour les femmes : score supérieur à 120

Pour les hommes : score supérieur à 100

Suspicion de candidose, à surveiller et approfondir avec le médecin.