

# QUESTIONNAIRE SANTÉ

## Test

### Équilibre intestinal

Evaluez votre microbiote  
et votre intestin



## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Date :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Traitements et pathologies (cochez et remplissez)

Prise de médicaments :

Si oui, lesquels : .....

Prise d'antibiotiques :

- le mois dernier

- durant les trois derniers mois

- durant les six derniers mois

Prise de probiotiques

Êtes-vous atteint(e) d'une pathologie chronique ?

Si oui, lesquels: .....

Avez-vous des antécédents familiaux ou personnels de :

- cancer colo-rectal

- maladie coeliaque

- maladies chroniques inflammatoires de l'intestin

A remettre à votre praticien santé

# QUESTIONNAIRE ÉQUILIBRE INTESTINAL

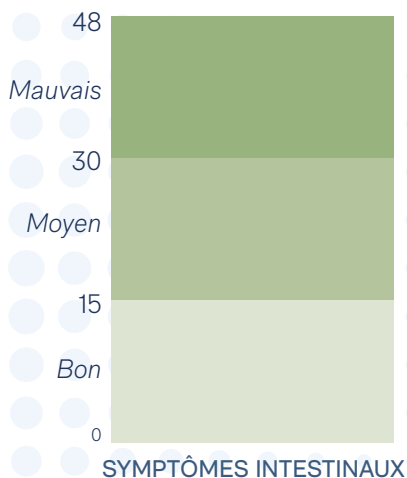
0 = jamais, 1 = rarement, 2 = parfois, 3 = souvent.

## 1. Symptômes intestinaux

Souffrez-vous de diarrhées ?	0	1	2	3
Souffrez-vous de constipation ?	0	1	2	3
Souffrez-vous d'une alternance de diarrhées et/ou constipation ?	0	1	2	3
Souffrez-vous de douleurs abdominales ?	0	1	2	3
Souffrez-vous de remontées acides ?	0	1	2	3
Souffrez-vous de brûlures à l'estomac ?	0	1	2	3
Ressentez-vous une sensation d'inconfort intestinal ?	0	1	2	3
Souffrez-vous de nausées ou de vomissements ?	0	1	2	3
Souffrez-vous de ballonnements ou de flatulences ?	0	1	2	3
Avez-vous constaté une fréquence anormale des selles ? (moins de 3 fois par semaine ou plus de 3 fois par jour)	0	1	2	3
Avez-vous des selles de consistance anormale (molles, dures, collantes...) ?	0	1	2	3
Ressentez-vous un sentiment d'évacuation incomplète des selles ?	0	1	2	3
Ressentez-vous un besoin pressant d'aller à la selle ?	0	1	2	3
En cas de douleurs, vous sentez-vous soulagé(e) par la défécation ?	0	1	2	3
Ressentez-vous le besoin de réaliser un effort pour aller à la selle ?	0	1	2	3
Avez-vous remarqué la présence de mucus dans vos selles ?	0	1	2	3

SCORE 1

## INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS



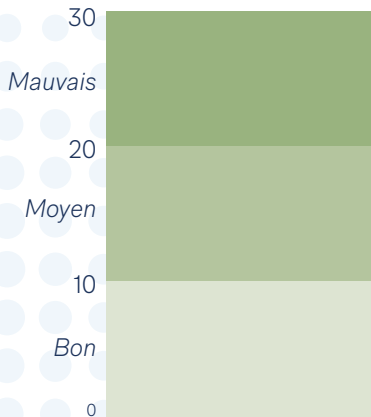
0 = jamais, 1 = rarement, 2 = parfois, 3 = souvent.

## 2. Manifestations extra digestives

Ressentez-vous des douleurs dorsales/musculaires et/ou articulaires ?	0	1	2	3
Souffrez-vous d'infections ORL à répétition ?	0	1	2	3
Présentez-vous des troubles cutanés (eczéma, psoriasis, urticaires, acné,...) ?	0	1	2	3
Souffrez-vous de troubles de l'humeur (irritabilité, anxiété, déprime) ?	0	1	2	3
Souffrez-vous de troubles de la mémorisation et/ou de la concentration ?	0	1	2	3
Avez-vous eu des fièvres inexpliquées ?	0	1	2	3
Souffrez-vous de maux de tête ?	0	1	2	3
Ressentez-vous de la fatigue et/ou de la somnolence ?	0	1	2	3
Avez-vous constaté une perte de poids involontaire ?	0	1	2	3
Avez-vous des difficultés de récupération après avoir pratiqué une activité sportive ?	0	1	2	3

### SCORE 2

## INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS



MANIFESTATIONS EXTRA DIGESTIVES

# QUESTIONNAIRE ÉQUILIBRE INTESTINAL

0 = jamais, 1 = rarement, 2 = parfois, 3 = souvent.

## 3. Habitudes alimentaires

Mangez-vous moins de 5 fruits et légumes par jour ?	0	1	2	3
Mangez-vous rapidement, sur le pouce ?	0	1	2	3
Mangez-vous à des heures irrégulières ?	0	1	2	3
Consommez-vous régulièrement des fast-foods, snacks, pizzas etc... ?	0	1	2	3
Avez-vous manifesté des réactions d'allergie(s) alimentaires ?	0	1	2	3
Avez-vous manifesté des réactions d'intolérance(s) alimentaires ?	0	1	2	3

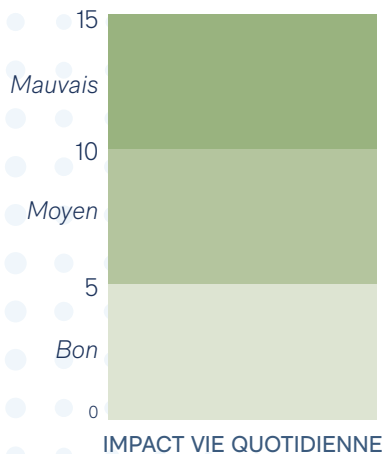
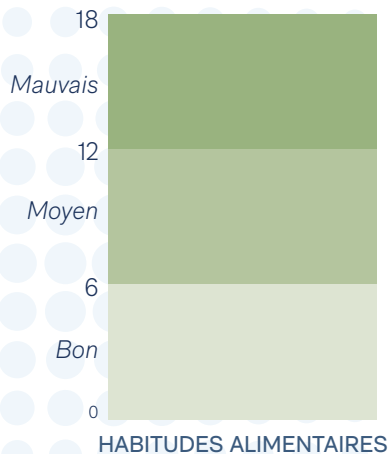
**SCORE 3**

## 4. Impact des troubles gastro-intestinaux sur la vie quotidienne

La présence de douleurs affecte-t-elle votre qualité de vie ?	0	1	2	3
Vos douleurs vous préoccupent-elles au cours de votre journée ?	0	1	2	3
Vos douleurs vous empêchent-elles de manger à votre faim ?	0	1	2	3
Avez-vous manifesté des réactions d'intolérance ou d'allergie à certains aliments ?	0	1	2	3
À votre arrivée dans un nouvel endroit, repérez-vous systématiquement les toilettes ?	0	1	2	3

**SCORE 4**

## INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS



# INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

## Équilibre intestinal

### SCORE PARTIE 1 : SYMPTÔMES INTESTINAUX

Si votre score est supérieur à 15, vos symptômes intestinaux nécessitent une prise en charge médicale.

### SCORE PARTIE 2 : MANIFESTATIONS EXTRA-DIGESTIVES

Si votre score est supérieur à 10 ou en présence de plus de 3 symptômes, ceux-ci peuvent être liés à un déséquilibre intestinal.

Parlez-en à votre thérapeute.

### SCORE PARTIE 3 : HABITUDES ALIMENTAIRES

Si votre score est compris entre 0 et 6, votre score indique que vos habitudes alimentaires sont satisfaisantes

Si votre score est compris entre 7 et 12, vos habitudes alimentaires peuvent affecter votre équilibre intestinal et être à l'origine de troubles intestinaux.

Parlez-en à votre thérapeute.

Si votre score est supérieur à 13, vos habitudes alimentaires nécessitent une correction nutritionnelle.

Parlez-en à votre thérapeute.

### SCORE PARTIE 4 : IMPACT VIE QUOTIDIENNE

Un déséquilibre intestinal peut engendrer des répercussions dans votre vie quotidienne. Votre thérapeute peut vous aider, n'hésitez pas à lui en parler.



LABORATOIRES  
OLIGOSANTÉ

## Laboratoires Oligosanté

38 rue Lantiez 75017 Paris

Tél : 01 53 06 22 41

Fax : 01 53 06 65 07

[contact@oligosante.com](mailto:contact@oligosante.com)