



Le questionnaire que vous allez renseigner a pour objectif de donner une vision globale de votre santé. Il permettra en dépistant certains déséquilibres fonctionnels, une meilleure prise en charge.

Les étapes sont simples :

- Votre fiche personnelle
- Un questionnaire sur les thèmes suivants :
 - « Habitudes et comportements alimentaires »
 - « Détox »
 - « Equilibre intestinal »
 - « Equilibre Acido-basique »
 - « Neurotransmetteurs »
- Une Synthèse : Equilibre des sphères digestives et nerveuses

Par la suite, le professionnel de santé pourra vous proposer des solutions adaptées et individualisées en nutrition, micronutrition et phytothérapie, en fonction de votre âge, de votre mode de vie et de vos symptômes.

Bon questionnaire.

Les laboratoires Oligosanté



Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél :

Email :

Date de naissance :

Taille : cm Poids : kg

Profession :

Activités physiques pratiquées :

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

Traitement(s) éventuellement suivi(s) :

.....

QUESTIONNAIRE HABITUDES ET COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

1 = jamais, 2 = parfois, 3 = souvent, 4 = toujours

EN GÉNÉRAL

Je mange de tout sans faire attention aux quantités	1	2	3	4
Je fais un gros repas le soir	1	2	3	4
Je mange au restaurant plus de 3 fois par semaine	1	2	3	4
Je grignotte entre les repas	1	2	3	4
Je consomme plus de 2 sucreries par jour	1	2	3	4
Je bois peu, moins d'1/2L par jour	1	2	3	4
Manger est pour moi une obligation	1	2	3	4
Je suis souvent des régimes	1	2	3	4

À TABLE

Lorsque je mange, je me ressers	1	2	3	4
Je mange quand je le peux sans me fixer une heure précise	1	2	3	4
Je ne prends pas le temps de mâcher mes aliments	1	2	3	4
Lorsque je mange, cela dure (en minutes)	30'	20'	15'	10'
	1	2	3	4

MOTIVATION

J'ai du mal à aller au bout de mes projets	1	2	3	4
La réalisation de mon objectif pondéral me semble difficile	1	2	3	4
Ma décision de faire un régime est influencée par mon environnement	1	2	3	4
Je fuis mon image	1	2	3	4
J'ai tendance à éviter tout effort physique contraignant	1	2	3	4

ÉMOTIONS

La nourriture m'obsède	1	2	3	4
Je me sens incompris(e)	1	2	3	4
Lorsque je fais des écarts je culpabilise	1	2	3	4
Le stress me pousse à manger	1	2	3	4

TOTAUX

/32

/16

/20

/16

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Habitudes et comportements alimentaires

EN GÉNÉRAL

Score moins de 10

Les habitudes alimentaires semblent correctes.

Score de 11 à 20

Habitudes alimentaires correctes mais attention aux petites erreurs récurrentes.

Score de 21 à 32

De mauvaises habitudes alimentaires peuvent influencer sur la santé ainsi que sur le poids. Une rééducation alimentaire semble indispensable.

MOTIVATION

Score de 5 à 10

Motivation et bonne estime de soi. Véritables atouts dans la réalisation et l'accomplissement du projet de perte de poids.

Score de 11 à 20

Motivation insuffisante nécessitant un soutien personnalisé afin d'assurer l'efficacité du projet minceur.

À TABLE

Score de 4 à 8

Bonnes habitudes à table.

Score de 9 à 16

Le comportement adopté à table n'est sensiblement pas adéquat, certaines habitudes sont à corriger.

ÉMOTIONS

Score de 4 à 10

Les émotions ne semblent pas influencer sur les comportements alimentaires.

Score de 11 à 16

Les comportements alimentaires semblent être influencés de manière excessive par le volet émotionnel.

QUESTIONNAIRE DÉTOX

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

Habitudes/ environnement

Consommez-vous des substances stimulantes (café, thé noir, cigarettes...) ?	0	1	2	3
Consommez-vous de l'alcool ?	0	1	2	3
Consommez-vous des produits sucrés (bonbons, sodas, jus de fruits, biscuits...) ?	0	1	2	3
Mangez-vous des aliments industriels (graisses staurées, sels...) ?	0	1	2	3
Mangez-vous vite ?	0	1	2	3
Êtes-vous exposé(e) à des produits toxiques sur votre lieu de travail ?	0	1	2	3
Êtes-vous exposé(e) à un environnement pollué (ex : grande ville) ?	0	1	2	3
Buvez-vous l'eau du robinet ?	0	1	2	3
Avez-vous tendance à éviter volontairement tout effort physique ?	0	1	2	3
Prenez-vous différents traitements médicamenteux ?	0	1	2	3

TOTAL

Désordres physiques

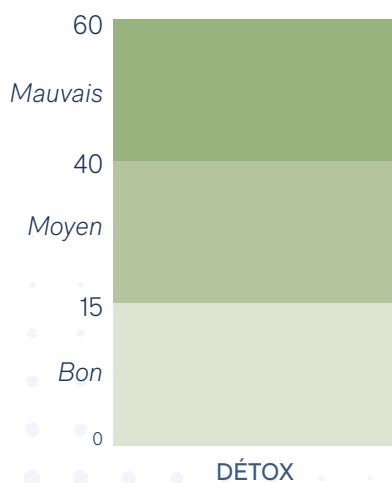
Souffrez-vous de maux de tête ?	0	1	2	3
Souffrez-vous fréquemment d'infections pulmonaires et/ou ORL ?	0	1	2	3
Avez-vous les yeux irrités, secs et/ou rouges ?	0	1	2	3
Souffrez-vous de troubles digestifs ?	0	1	2	3
Souffrez-vous de problèmes de peau (eczema, peau sèche...) ?	0	1	2	3
Avez-vous le teint terne et/ou des cernes sous les yeux ?	0	1	2	3
Souffrez-vous de douleurs musculaires et/ou articulaires ?	0	1	2	3
Avez-vous des troubles urinaires ?	0	1	2	3
Souffrez-vous d'une mauvaise haleine et/ou d'une forte odeur corporelle ?	0	1	2	3
Vous sentez-vous fatigué(e) ?	0	1	2	3

TOTAL

SCORE TOTAL :

QUESTIONNAIRE DÉTOX

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS



INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Détox

SCORE TOTAL ENTRE 0 ET 15

Risques faibles

Effectuez une cure de détoxification chaque année.

SCORE TOTAL ENTRE 16 ET 40

Risques moyens

Détoxifiez votre organisme à raison de 2 fois par an (automne et printemps) afin de soutenir les mécanismes physiologiques de détoxification.

SCORE TOTAL ENTRE 41 ET 60

Risques majeurs

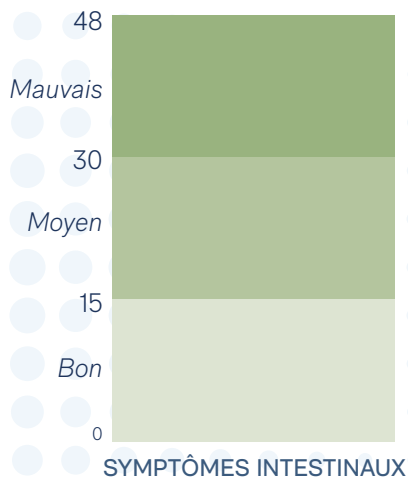
Le processus de détoxification risque de ne plus fonctionner normalement, il doit être boosté. Il sera nécessaire de réaliser plusieurs cures de détoxification dans l'année (une à chaque changement de saison) afin de rétablir le processus et de décrasser l'organisme.

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



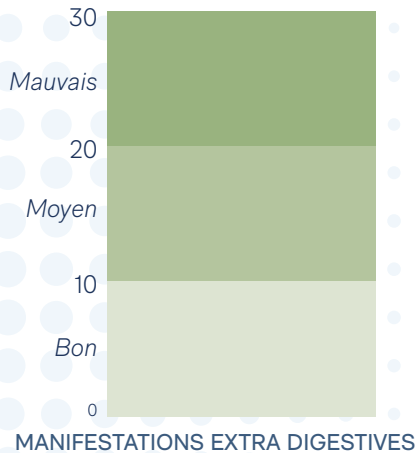
0 = jamais, 1 = rarement, 2 = parfois, 3 = souvent.

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



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

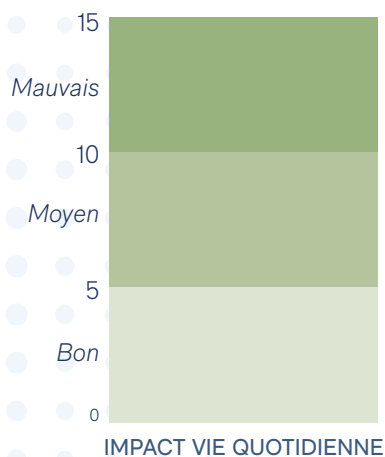
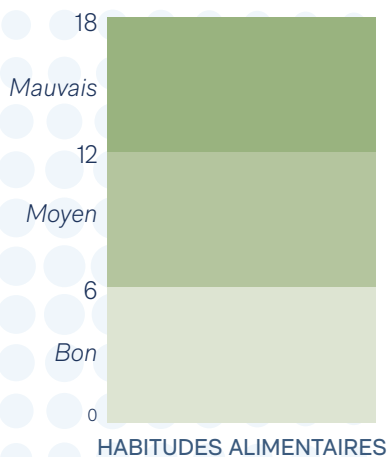
SCORE 3

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.

QUESTIONNAIRE

ÉQUILIBRE ACIDO-BASIQUE

Notre alimentation et notre style de vie sont deux paramètres qui influent sur notre équilibre acido-basique.

Répondez aux questions suivantes puis calculez votre score final.

Reportez ensuite votre score final dans la partie interprétation.

1 / Combien de fruits et légumes mangez-vous par jour ?

Plus de 5 0 point

De 3 à 4 1 points

De 0 à 2 2 points

2 / Mangez-vous des sucreries ?Faites-vous du sport?

Jamais 0 point

2 à 3 fois / semaine 1 point

Tous les jours 2 points

3 / Consommez-vous de l'alcool ?

Jamais 0 point

2 à 3 fois / semaine 1 point

Tous les jours 2 points

4 / Buvez-vous des sodas ?

Jamais 0 point

2 à 3 fois / semaine 1 point

Quotidiennement 2 points

5 / Consommez-vous de la viande et du poisson ?

Jamais 0 point

2 à 3 fois / semaine 1 point

À chaque repas 2 points

6 / Buvez-vous suffisamment d'eau chaque jour ?

- Plus de 2 L / jour 0 point
Environ 2 L / jour 1 point
Moins de 1 L / jour 2 points

7 / Souffrez-vous souvent de stress au travail ou dans votre vie privée ?

- Non 0 point
Modérément 1 point
Oui 2 points

8 / Prenez-vous des médicaments ?

- Jamais ou exceptionnellement 0 point
Régulièrement 1 point
Tous les jours 2 points

9 / Votre sommeil est-il ?

- Satisfaisant 0 point
Non reposant 1 point
Insuffisant 2 points

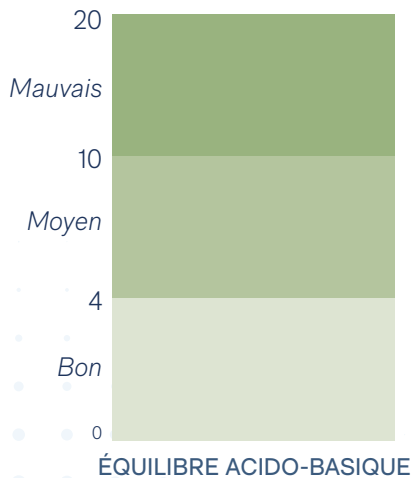
10 / Fumez-vous?

- Non 0 point
Au maximum 5 cigarettes / jour 1 point
Plus de 5 cigarettes / jour 2 points

SCORE TOTAL :

QUESTIONNAIRE ÉQUILIBRE ACIDO-BASIQUE

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS



INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Acido-basique

ENTRE 0 ET 4 POINTS :

Vous avez une bonne hygiène de vie qui assure un bon équilibre acido-basique de votre organisme. Néanmoins, il peut être intéressant de le vérifier auprès d'un professionnel de la nutrition.

ENTRE 5 ET 10 POINTS :

Votre hygiène de vie peut être améliorée et vous pouvez avoir tendance à l'acidose. Pour le vérifier demandez conseil auprès d'un professionnel de la nutrition, et dans ce cas faites une cure « acide-base » en suivant ses conseils.

ENTRE 11 ET 20 POINTS :

Votre hygiène de vie n'est pas bonne et elle entraîne une acidose de votre organisme. Vous devez en parler impérativement à un professionnel de santé spécialisé en nutrition. Sur ses conseils, réalisez une cure « acide-base » et corrigez votre alimentation.

QUESTIONNAIRE NEUROTRANSMETTEURS

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

DÉFICIENCE EN DOPAMINE

En ce moment,

Ressentez-vous une baisse de motivation ou une perte d'intérêt pour vos activités habituelles ?	0	1	2	3
Avez-vous tendance à vous replier sur vous-même ?	0	1	2	3
Avez-vous des difficultés de concentration, des troubles de la mémoire ?	0	1	2	3
Reportez-vous au lendemain ce que vous avez à faire ?	0	1	2	3
Avez-vous des difficultés à sortir du lit le matin ? Êtes-vous irritable au réveil ?	0	1	2	3
Ressentez-vous une fatigue permanente non atténuée par le sommeil ?	0	1	2	3

TOTAL

DÉFICIENCE EN NORADRÉNALINE

En ce moment,

Ressentez-vous un manque d'énergie ?	0	1	2	3
Vous sentez-vous déprimé(e), d'humeur triste, avez-vous une sensibilité exacerbée	0	1	2	3
Manquez-vous de confiance en vous ?	0	1	2	3
Ressentez-vous moins de plaisir pour des choses qui vous faisaient plaisir auparavant ?	0	1	2	3
Avez-vous une baisse de libido ?	0	1	2	3
Ressentez-vous également une fatigue morale ?	0	1	2	3

TOTAL

DÉFICIENCE EN SÉROTONINE

En ce moment,

Vous sentez-vous irritable, impatient(e) ou agressif(ve) ?	0	1	2	3
Êtes-vous d'humeur changeante ?	0	1	2	3
Êtes-vous stressé(e), dépassé(e) par des soucis personnels ou professionnels ?	0	1	2	3
Êtes-vous attiré(e) vers le sucré ou les féculents surtout en fin de journée ?	0	1	2	3
Avez-vous des comportements addictifs (sport intensif, tabac, grignotage, alcool...) ?	0	1	2	3
Avez-vous des difficultés à trouver le sommeil ou à vous rendormir ?	0	1	2	3

TOTAL

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

DÉFICIENCE EN GABA

En ce moment,

Vous sentez-vous nerveux(se) et inquiet(ète) ?	0	1	2	3
Réussissez-vous à mémoriser les numéros de téléphone ?	0	1	2	3
Avez-vous besoin de lire plusieurs fois un paragraphe ?	0	1	2	3
Vous sentez-vous souvent nerveux(se) ?	0	1	2	3
Vous aimez faire plusieurs choses à la fois, mais vous n'arrivez pas à choisir quoi faire en premier ?	0	1	2	3
Avez-vous tendance à être superactif(ve) ?	0	1	2	3

TOTAL

DÉFICIENCE EN MÉLATONINE

En ce moment,

Quelle est votre durée d'endormissement ? (Cochez 0 = immédiat ; 1 = 15 mn ; 2 = 30 mn ; 3 = 1 h et plus)	0	1	2	3
Avez-vous tendance à vous endormir après minuit ?	0	1	2	3
Avez-vous des réveils nocturnes sans réendormissement ?	0	1	2	3
Avez-vous des réveils nocturnes avec difficultés de ré-endormissement ?	0	1	2	3
Avez vous besoin de faire une sieste l'après-midi ?	0	1	2	3
Prenez-vous un traitement de phytothérapie, allopathique pour vous endormir ?	0	1	2	3

TOTAL

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Nombre de points

18	Troubles majeurs	Troubles majeurs	Troubles majeurs	Troubles majeurs	Troubles majeurs
12	Troubles moyens	Troubles moyens	Troubles moyens	Troubles moyens	Troubles moyens
6	Troubles faibles	Troubles faibles	Troubles faibles	Troubles faibles	Troubles faibles
0					

DOPAMINE

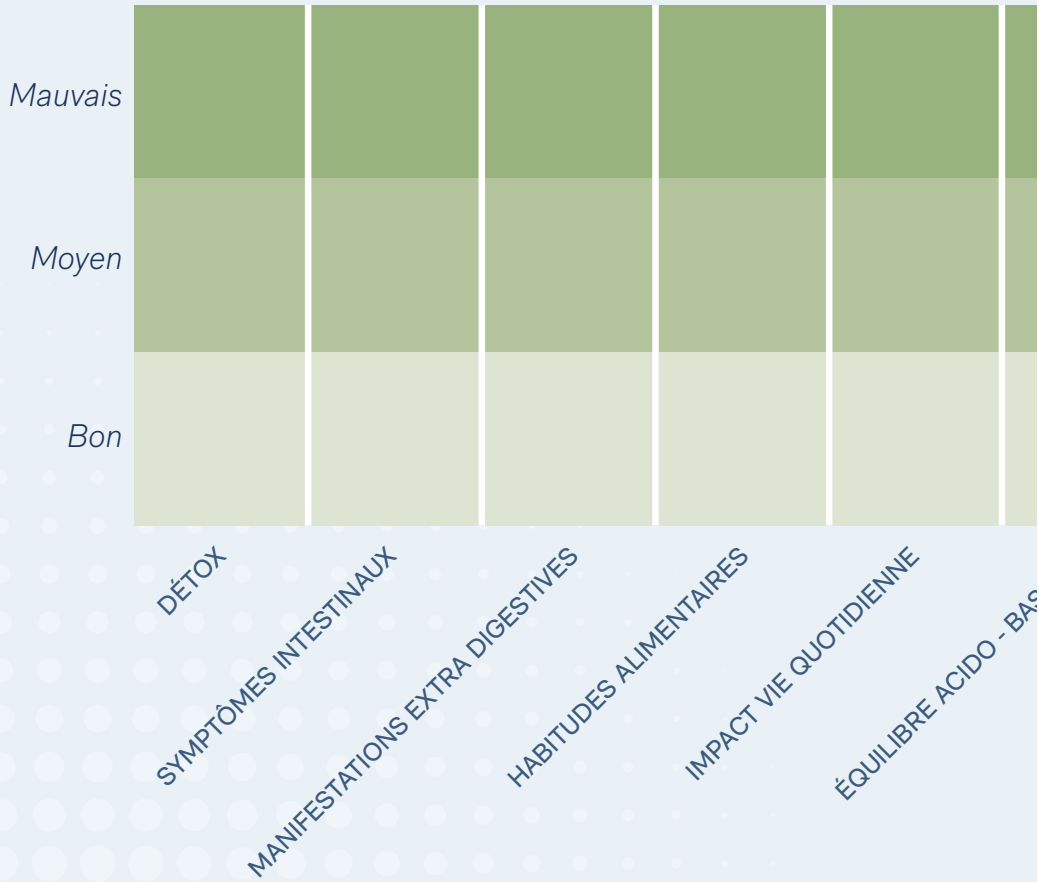
NORADRÉNALINE

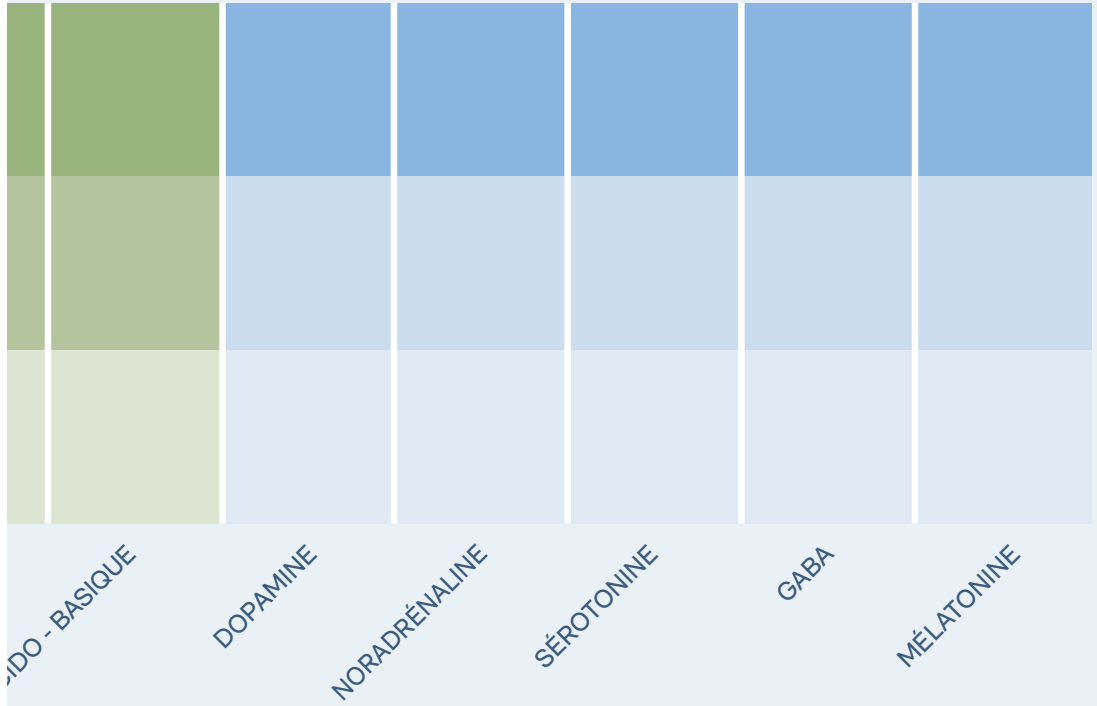
SÉROTONINE

GABA

MÉLATONINE

SYNTHÈSE : ÉQUILIBRE DES SPHÈRES DIGESTIVE ET NERVEUSE







LABORATOIRES
OLIGOSANTÉ

À remettre à votre praticien santé

Laboratoires Oligosanté

38 rue Lantiez 75017 Paris

Tél : 01 53 06 65 00

Fax : 01 53 06 65 07

contact@oligosante.com