

Avez-vous besoin de faire une cure de détoxification ?

Évaluez chacun des symptômes suivants selon votre profil de santé type pendant ces 30 derniers jours

Echelle 0 - Jamais ou presque jamais présenté le symptôme

1 - Présenté le symptôme de manière occasionnelle, effet non sévère

2 - Présenté le symptôme de manière occasionnelle, effet sévère

3 - Présenté le symptôme fréquemment, effet non sévère

4 - Présenté le symptôme fréquemment, effet sévère

TETE _____ maux de tête

_____ faiblesse

_____ vertige

_____ insomnie

TOTAL _____

YEUX _____ qui pleurent ou qui démangent

_____ gonflés, rouges ou paupières collantes

_____ poches ou cernes sous les yeux

_____ vision floue ou rétrécissement du champ visuel

(non inclus : mauvaise vision de loin ou de près)

TOTAL _____

OREILLES _____ démangeaisons

_____ douleurs, infections

_____ écoulement des oreilles

_____ bourdonnement, perte de l'ouïe

TOTAL _____

NEZ _____ nez bouché

_____ problèmes sinusaux

_____ rhume des foins

_____ crises d'éternuement

_____ formation excessive de mucus

TOTAL _____

BOUCHE/

GORGE _____ toux chronique

_____ besoin fréquent de se racler la gorge, étouffements

_____ gorge sensible, enrouement, perte de voix

_____ langue, gencives, lèvres enflées ou décolorées

_____ aphtes

TOTAL _____

PEAU _____ acné

_____ urticaire, rougeur, peau sèche

_____ perte de cheveux

_____ rougeur et chaleur

_____ transpiration excessive

TOTAL _____

COEUR _____ battements irréguliers

_____ battements rapides ou saccadés

_____ douleurs de poitrine

TOTAL _____

POUMONS _____ congestion pulmonaire

_____ asthme, bronchite

_____ court d'haleine

_____ difficulté de respirer TOTAL _____

SYSTEME

DIGESTIF _____ nausées, vomissements

_____ diarrhée

_____ constipation

_____ ballonnements

_____ éructations, gaz

_____ brûlures d'estomac

_____ douleurs aux intestins/ à l'estomac

TOTAL _____

ARTICULATIONS/

MUSCLES _____ douleurs articulaires

_____ arthrite

_____ raideur ou limitation dans les mouvements

_____ douleurs musculaires

_____ sentiment de faiblesse ou de fatigue

TOTAL _____

POIDS _____ boulimie (aliment/boisson)

_____ envie irrésistible de certains aliments

_____ poids excessif

_____ besoin compulsif de manger

_____ rétention d'eau

_____ poids insuffisant

TOTAL _____

ENERGIE/

ACTIVITE _____ fatigue, lenteur

_____ apathie, léthargie

_____ hyperactivité

_____ agitation

TOTAL _____

SYSTEME

NERVEUX _____ mauvaise mémoire

_____ confusion, mauvaise compréhension

_____ difficulté de concentration

_____ mauvaise coordination physique

_____ difficulté à la prise de décision

_____ balbutiement, bégaiement

_____ élocution inarticulée

_____ incapacité d'apprendre

TOTAL _____

EMOTIONS _____ humeur changeante

_____ anxiété, peur, nervosité

_____ colère, irritabilité, agressivité

_____ dépression

TOTAL _____

AUTRES _____ maladies fréquentes

_____ besoin d'uriner fréquent ou urgent

_____ démangeaisons ou pertes génitales

TOTAL _____

TOTAL GENERAL _____