

ANAMNÈSE

Votre nom & autres coordonnées (merci de remplir les informations dans les espaces jaunes)

Merci de mettre une photo d'identité en couleur	Prénom		Nom	
	Nom de j. f.		Profession	
	Date de naissance		Âge	...ans
	Adresse			
	Ville	Code postal	Pays	
	E-mail(s)			
	N° GSM		N° Bureau	
	N° privé		N° Fax	

Motifs principaux de la consultation (les raisons principales pour la consultation et depuis quand vous avez ces problèmes)

Raison 1		Depuis
Raison 2		Depuis
Raison 3		Depuis
Raison 4		Depuis
Raison 5		Depuis

Médicament(s) ou supplément(s) pris actuellement (noms, doses et depuis combien de temps vous les prenez)

Médicament/suppl. 1	Médicament/supp.4
Médicament/supp. 2	Médicament/supp. 5
Médicament/supp. 3	Médicament/supp. 6

VOTRE SANTÉ : Merci de répondre en cochant 1 case/question OU dans un espace jaune prévu pour

Note : Les questions en bleu sont répétées, vous pouvez ne répondre qu'à la première (!! meilleur résultat si réponses à toutes les questions)

Plaintes de ↓ Carence en Hormones thyroïdiennes ↓

SCORE (de non (0) à des plaintes très importantes (+++))	0	±	+	++	+++	SCORE	0	±	+	++	+++
Surpoids¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Cheveux	Perte de cheveux diffuse (partout)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatigue	Fatigue matinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pousse de cheveux lente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fatigue au repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cheveux cassants/fragiles¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Vitalité réduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ongles	Ongles fragiles¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lenteur (matinale)	Apathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pousse lente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Somnolence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visage	Visage « bouffi »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déficit d'attention	Distracted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Paupières inférieures enflées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Troubles de la mémoire¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œdème	Mains enflées (matin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dépression (matinale)	Depression (matinale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pieds enflés (matin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Tendance à gagner du poids						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Froid	Sensibilité excessive au froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux de tête	Diffuse (dans toute la tête)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Froid ressenti le soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autour des yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besoin de ↑ couvertures la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Frontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mains froides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraine	Occipital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Doigts blancs en hiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Vomissements-nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pieds froids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Taches visuelles (scotomes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membres inférieurs Mauvaise circulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreilles	Bourdonnements (acouphène)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cœur	Irrégulier, lent, palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nez	Surdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peau sèche et rêche	Visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pharynx	Epistaxis (saignement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poumons	Voix rauque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jambes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infections récurrentes	Essoufflement (dyspnée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joint	Raideur du matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Oreille (otite) ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Douleurs diffuses (arthralgie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nez (rhinites) ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							Gorge (pharyngites) ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Bronchite ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Syndrome du canal carpien (doigts picotant)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Petit appétit
Crampes aux muscles (la nuit)	Mollets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intestin	Dyspepsie ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Intolérance aux graisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eau	↓ sensation de soif (Oligodypsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Énurésies	Constipation ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Faible transpiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miction au lit (enfant)		<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	Oligurie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jusqu'à quel âge ?		(votre âge) ..ans			
T° corporelle	Prenez votre température 3 fois. Placez le thermomètre sous une aisselle pendant 10 minutes le matin, bougez le moins possible. Ne buvez pas d'alcool la veille. Pour les femmes indisposées lors de la prise de T°, merci de la prendre 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e jour de votre cycle (1 ^{er} = 1 ^{er} dag v.d maandonden) Ce test n'est pas valable pour les femmes qui prennent la pilule contraceptive (car la pilule augmente la température corporelle).						T: ..	T: ..	T: ..		

ANAMNÈSE

Plaintes d' ↑ Excès en hormones thyroïdiennes ↑																
Maigreux (corps trop mince) – malgré que vous mangiez beaucoup ¹			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerveux ¹		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Perte de poids (anormale)								Palpitations rapides (Tachycardie) ¹								
Sensation de chaleur constante			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnie (toute la nuit)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sueurs diffuses (cheveux, visage, tronc)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appétit exagéré		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sensation de soif exagérée (polydipsie) ¹			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plaintes de ↓ Carence en cortisol ↓																
SCORE (de non (0) à des plaintes importantes (+++))			0	±	+	++	+++	SCORE		0	±	+	++	+++		
Maigreux (corps trop mince) – malgré que vous mangiez beaucoup ²			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En conditions stressantes		Irritable		<input type="checkbox"/>				
Visage			Visage creux							↓ faible résistance		<input type="checkbox"/>				
			Visage brunâtre							Fatigue ↓ panache		<input type="checkbox"/>				
			Mélasma (plaques de peau brune)							Facilement confus		<input type="checkbox"/>				
			Taches pigmentaires							↓ pression artérielle		<input type="checkbox"/>				
			Vitiligo (taches de peau décolorée)							Crises émotionnelles		<input type="checkbox"/>				
Peau des mains			Vitiligo							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			Dermatite, eczéma, psoriasis					Perte d'appétit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Allergies			Peau ¹					Envies sucrées		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			Oreille ¹					Baisse d'énergie (hypoglycémie)		à 11h		<input type="checkbox"/>				
			Nez ¹							à 16h		<input type="checkbox"/>				
			Gorge ¹					Intes-tin		Gastrites		<input type="checkbox"/>				
			Asthme ¹							Foie		<input type="checkbox"/>				
			Allergies alimentaires ¹							Entérites/colites		<input type="checkbox"/>				
Intolérance aux médicaments ¹					Douleurs dans le ventre ¹		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Douleurs articulaires (arthralgie)			Épaules					Palpitations rapides (Tachycardie) ²		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			Mains					Arthrite rhumatoïde		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			Pieds							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plaintes d' ↑ Excès en Cortisol ↑																
Visage « bouffi »			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperagité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
« Bosse de bison » (graisse à l'arrière-bas du cou)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tension artérielle élevée ¹		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plaintes de ↓ Carence en Aldostérone ↓																
Tension artérielle faible			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficile à se concentrer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vertiges en se levant (orthostatisme)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Envies salées		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mieux si allongé			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souvent devoir uriner le jour		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tête vaseuse, vide			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↑↑ urine (pollakiurie) ¹		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plaintes d' ↑ Excès en Aldostérone ↑																
Gonflé(s)			Visage (fin d'après-midi, soirée)					Maux de tête		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			Mains (fin d'après-midi, soirée)					Tension artérielle élevée ²		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			Pieds (fin d'après-midi, soirée)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plaintes de ↓ Carence en DHEA ↓																
Poils			Peu/perte de pilosité aux aisselles					Sécheresse		Yeux secs ¹		<input type="checkbox"/>				
			Peu/perte de pilosité pubienne							Peau sèche ¹		<input type="checkbox"/>				
Plaintes d' ↑ Excès en DHEA ↑																
Acné			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte de cheveux (femme)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plaintes de ↓ Carence en Insuline ↓																
Maigreux (corps trop mince) – malgré que vous mangiez beaucoup ³			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muscles relâchés		Triceps relâché		<input type="checkbox"/>				
Visage trop mince			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Fesses tombantes ¹		<input type="checkbox"/>				
Maigre (↓ graisses & muscles)			Bras					Besoin d'uriner fréquemment pendant la journée (pollakiurie) ²		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			Jambes					Uriner de grandes quantités pendant la journée (polyurie) ²		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Troubles digestifs ²			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plaintes d' ↑ Excès en insuline ↑																
Surpoids ²			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obèse		Ventre (abdomen) ¹		<input type="checkbox"/>				

ANAMNÈSE

Obèse	Visage gras ¹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Hanches grasses ¹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Seins gras ¹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Cuisses grasses ¹ (cellulite)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Plaintes de ↓ carence en Thymosine-alpha-1 ↓

Infections récidivantes	Rhume ¹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Infections chroniques	Maladie de Lyme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Oreilles (otites) ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Epstein-Barr (mononucléose)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nez (rhinites) ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Acné rebelle au traitement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Gorge (pharyngites) ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Hépatite B	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Bronchites ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Hépatite C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Herpes	Lèvres (herpès labial)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Allergies	Peau ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Génital (herpès génital)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Oreille / nez / gorge ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cancer	Ancien: quel type de cancer? ¹	<i>Nom:</i> <input style="width: 50px;" type="text"/>		Asthme ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Actuellement actif: quel type ¹	<i>Nom:</i> <input style="width: 50px;" type="text"/>		Alimentaire ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Plaintes de ↓ Carence en Testostérone et Estrogène ↓

SCORE (de non (0) à des plaintes importantes (+++))	0	±	+	++	+++		SCORE	0	±	+	++	+++	+
Visage pâle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatigue permanente (toute la journée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presbytie (difficultés à lire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dépression permanente (toute la journée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rides	Au-dessus de la lèvre supérieure (péribuccale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte de mémoire ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Paumes (palmaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Muqueus	Yeux secs ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bouffées de chaleur (visage, haut poitrine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bouche sèche ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sueur intense (visage, haut de la poitrine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs articulaires (arthralgie)	Cou (cervical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexu alité ↓ désir sexuel (libido basse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Milieu du dos (dorsal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impuissance sexuelle (coït) ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas du dos (lombaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Épaules ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gencives saignantes, gingivites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte de dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Poignets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèse dentaire	Haut de la bouche	<input type="checkbox"/> Oui					
	Mains ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bas de la bouche	<input type="checkbox"/> Oui					
	Doigts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Hanches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleurs cardiaques (pdt stress/exercice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Genoux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Chevilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Plaintes de ↓ Carence en Testostérone ↓

Peau sèche ³	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Varices	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Muscles	Bras	↓ Force musculaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hémorroïdes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		↓ Volume musculaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Au sport, activité physique	Vite fatigué ¹
Obèse	Jambes	↓ Volume musculaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Essoufflement (dyspnée)
		Hanches ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mauvaise récupération	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Cuisses grasses (cellulite) ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Émotions intenses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Echymoses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Hésitation, stress intense	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

FEMMES: Plaintes de ↓ Carence en Estrogène ↓ | Âge de la ménopause : ... ans

Perte de cheveux au sommet crâne (vertex)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1^{ères} règles : <input type="checkbox"/> < 12 ans <input type="checkbox"/> entre 12-15 ans <input type="checkbox"/> > 15 ans		
Perte de féminité au visage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cycle menstruel		
Seins	Petits seins (micromastie)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Régulier: 27-31 jours
	Seins tombants (ptose)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Court: ≤ 26 jours (polyménorrhée)	
Hirsutisme (excès de poils)	Visage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Long ≥ 32 jours (spanioménorrhée)	
	Seins	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alternance de cycles courts/longs	
	Abdomen (bas)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Règles	
Jambes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aucune perte de sang (aménorrhée) <input type="checkbox"/> Pas de règles depuis >6 mois		
			Pertes de sang pauvres (hypoménorrhée)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			Déprimé (pendant les règles)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ANAMNÈSE

Infection de la vessie (cystites)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Mal de tête (pendant les règles)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sécheresse vaginale		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Crampes intermittentes violentes (dysménorrhée spasmodique)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dyspareunie (douleurs lors de rapports sexuels)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
FEMMES : Plaintes de ↓ Carence en Progestérone ↓					
Seins	Agrandis (macromastie)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Au milieu du cycle	Douleurs pdt ovulation (dans le bas-ventre)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Kystes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ovaires	Kystes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Avant les règles : SPM (syndrome prémenstruel)	Irritable	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Utérus	Fibromes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Anxieuse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Endométriose		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Insomnie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Règles	Règles abondantes (ménorragie)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TPM (tension prémenstruelle)	Seins douloureux/gonflés	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Douleur constante (dysménorrhée constante)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Bas ventre douloureux/gonflé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
HOMMES : Plaintes de ↓ Carence en Testostérone ↓					
Perte de masculinité au visage		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ejaculation	↓ Fréquence ¹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
↓ Moustache		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		↓ Volume (sperme)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Poils insuffisants	↓ Barbe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fréquence des rapports sexuels (question facultative): <input type="checkbox"/> ≥4x/semaine <input type="checkbox"/> 2-3x/semaine <input type="checkbox"/> 1x/semaine <input type="checkbox"/> 1-3x/mois <input type="checkbox"/> Absente		
	↓ Pilosité à la poitrine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hypertrophie de la prostate <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	↓ Pilosité abdominale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Souvent uriner le jour + ↓ peu d'urine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Erections	↓ Poils aux jambes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prostate	Souvent uriner la nuit + ↓ peu d'urine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	↓ Sensibilité du gland	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Difficile à uriner (dysurie)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	↓ Érections matinales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vessie	Uriner avec douleurs (mictalgie)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	↓ Fréquence ¹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Seins gras (pseudogynécomastie) ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	↓ Volume (dureté) ¹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Ventre ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
↓ Persistance (durée) ¹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
HOMMES: Plaintes d' ↑ Excès en Estrogène ↑ et/ou ↓ Carence en Progestérone ↓					
SCORE (de non (0) à des plaintes importantes (+++))	0	±	+	++	+++
Développement de la poitrine (gynécomastie)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prostate	Souvent uriner le jour + ↓ peu d'urine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Obésité abdominale		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Souvent uriner la nuit + ↓ peu d'urine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Crise cardiaque (infarctus du myocarde)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Difficile à uriner (dysurie)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hypertrophie de la prostate		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Uriner avec douleurs (mictalgie)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Plaintes d' ↑ Excès en Testostérone ↑					
Visage rouge, rougi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Impatient, dominant		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cheveux gras		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Excès de désir sexuel (libido ++)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Acné		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Uniquement chez l'homme:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Forte odeur sexuelle		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Erections : ↑↑ Fréquence excessive		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Plaintes de ↓ Carence en Mélatonine ↓					
Difficulté à se (r)endormir	4 premières heures de la nuit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sommeil superficiel et agité		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	4 dernières heures de la nuit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ruminer, s'en faire la nuit		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Plaintes d' ↑ Excès en Mélatonine ↑					
3h de sommeil profond puis être éveillé pendant 1h-3h		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tête "lourde" le matin		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Plaintes de ↓ Carence en Vasopressine ↓					
Perte de mémoire (court et long terme) ³		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Souvent uriner le jour + ↑ urine (pollakiurie) ²		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Soif		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Souvent uriner la nuit + ↑ urine (nycturie) ²		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Polydipsie (besoin de boire > 2L/jour)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	↑ Volume d'urine (polyurie)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Plaintes de ↓ Carence en Ocytocine ↓					
Tendance à s'isoler socialement ¹		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Intellectuel		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Évite le contact avec les autres		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Absence de sourire		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Peu chaleureux(x)se, peu affectueux		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Orgasme (femme) - éjaculation (homme)	↓ Fréquence ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Introverti		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		↓ Intensité	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Plaintes de ↓ Carence en MSH ↓					
Peau blanche et claire		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Erection s	↓ Fréquence ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bruler facilement au soleil		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		↓ Volume (dureté) ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cuisses	Partie interne relâchée ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		↓ Persistance (durée) ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ANAMNÈSE

Fréquence des rapports (question facultative): ≥4x/semaine <input type="checkbox"/> 2-3x/semaine <input type="checkbox"/> 1x/semaine <input type="checkbox"/> 1-3x/mois <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/>			Ejaculation	↓ Fréquence ³	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			Impuissance sexuelle (coït) ²		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Plaintes de ↓ Carence en Hormone de Croissance ↓					
Cheveux	Cheveux fins	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Qualité de vie diminuée		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Peau	Peau fine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fatigue	Épuisement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ongles	Lignes longitudinales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Récupération difficile après effort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Visage	Visage ridé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Fort fatigué si va coucher après minuit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Paupières	Paupières tombantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Besoin de dormir plus de 9h/nuit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lèvres	Lèvres fines	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se sentir impuissant à affronter les problèmes		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gencives	Gencives rétractées	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Manque d'assurance		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Joues	Joues qui pendent	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	↓ Estime de soi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Plis nasolabiaux (nez → bouche)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mâchoire	Mâchoire mince, atrophiée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sautes d'humeur (hauts et bas) ¹		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sous le menton	Plis de peau relâchée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anxiété	Permanente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Muscles/os minces pendant enfance		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Tendance à dramatiser	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dos	Dos courbé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		↓ paix intérieure	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Épaules	Épaules atrophiées	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		↓ perte de maîtrise de soi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Obèse	Seins ³	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Répliques verbales acerbes		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Ventre ³	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tendance à s'isoler socialement ²		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Hanches ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Abdomen	Ventre pendant	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Manque d'appétit pour la viande		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fesses	Fesses tombantes ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Cuisses	Partie interne relâchée ¹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pieds	Douleur dans la plante des pieds pendant la marche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Genoux	Graisse au-dessus du genou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Plaintes d' ↑ Excès en hormones de croissance ↑					
Œdème	Nez enflé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Œ-dème	Mains gonflées (constamment : jour et nuit)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Syndrome du canal carpien (picotements doigts) ²		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Pieds gonflés (constamment : jour et nuit)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Plaintes de Déshydratation					
Soif ³		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rides profondes		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sécheresse	Langue sèche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Faible consommation d'eau (< 1.5 L/j)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Bouche sèche ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Consommation importante de sel		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Plaintes d'Infection à levure, Candidose					
Cheveux	Pellicules	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pression constante sur la tête		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Démangeaisons	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Énergie variable (des hauts & des bas)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Langue pâteuse		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sautes d'humeur (hauts et bas) ²		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mauvaise haleine (odeur de levure)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Peau	Rougeâtre, qui pèle	Visage	Femme	Leucorrhée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			Homme	Aisselles	Vulve
Ombilic	Démangeaisons	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Plis inguinaux	Scrotum	Rouge, enflammé		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Entre les fesses		Démangeaisons		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Entre les orteils	Démangeaisons			Sucre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Constipation et diarrhée en alternance		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Consommation		Céréales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			Produits laitiers		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Troubles digestifs					
Reflux œsophagien (acidité)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gaz intestinaux	Malodorant	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Estomac	Acide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non odorant		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Lourd	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Selles	Selles dures (constipation)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ventre	Haut du ventre ballonné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Selles molles (diarrhée)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ANAMNÈSE

(abdomen)	Milieu du ventre ballonné	<input type="checkbox"/>		Selles collantes (sur le papier WC)	<input type="checkbox"/>								
	Bas du ventre ballonné	<input type="checkbox"/>		Selles de couleur brun clair	<input type="checkbox"/>								
	Douleurs dans le ventre	<input type="checkbox"/>		Selles de couleur noire	<input type="checkbox"/>								
	Crampes dans le ventre	<input type="checkbox"/>		Ensanglantées	<input type="checkbox"/>								

Régime Alimentaire

Régime paléo (fruits, légumes, viande, poisson)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Consommation d'eau :						
Occidental (+raffinée /junk foods)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 0.5 L/jour	<input type="checkbox"/> 1L	<input type="checkbox"/> 1.5 L	<input type="checkbox"/> 2L	<input type="checkbox"/> 2.5L	<input type="checkbox"/> 3L	<input type="checkbox"/> >3L/jour
Méditerranéen (graines, huiles, fruit, légumes, poisson, volaille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Boissons riches en caféines	Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime végétarien (fruits, graines, légumes +/- poisson/œufs, produits laitiers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Végétalienne (fruits, graines, noix, légumes, aucune origine animale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boissons gazeuses		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fréquence des repas: <input type="checkbox"/> 1/jour <input type="checkbox"/> 2/j <input type="checkbox"/> 3/j <input type="checkbox"/> 4/j <input type="checkbox"/> ≥5/j								Café décaféiné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repas avec le plus de protéines : <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir							Tisanes, thé décaféiné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durée des repas: <input type="checkbox"/> <15 min <input type="checkbox"/> 15-25' <input type="checkbox"/> 30-40' <input type="checkbox"/> 40-55 <input type="checkbox"/> ≥60'							Alcool	Bière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastication : <input type="checkbox"/> <5 mastications/ingestion <input type="checkbox"/> 5-7' <input type="checkbox"/> 8-10 <input type="checkbox"/> 11-15 <input type="checkbox"/> ≥15								Vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuisson	À l'huile, au beurre	<input type="checkbox"/>	Fruits	Alcools forts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Grillé	<input type="checkbox"/>		Fruits entiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Barbecue	<input type="checkbox"/>		Jus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Viande	<input type="checkbox"/>		Légumes (pauvre en fibres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Aliments riches en protéines	Poisson	<input type="checkbox"/>	Légumes	Légumes (riche en fibres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Fruit de mer	<input type="checkbox"/>		Jus, soupes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Volaille	<input type="checkbox"/>		Pain blanc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Œufs	<input type="checkbox"/>		Pain complet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Produits laitiers	Beurre	<input type="checkbox"/>	Céréales non germées et non trempées dans de l'eau préalablement	Muesli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Lait	<input type="checkbox"/>		Avoine (porridge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Fromage blanc	<input type="checkbox"/>		Pates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Autre(s) fromage(s)	<input type="checkbox"/>		Riz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Glucides	Yaourt	<input type="checkbox"/>	Graines germées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
							Noix	Noix (non trempées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>		Noix trempées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	Sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Plaintes de ↓ Plaintes Carence en Magnésium ↓

SCORE (de non (0) à des plaintes importantes (+++))		0	±	+	++	+++	SCORE						
Muscles	Tendus	Cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dans des situations stressantes	Anxieux	<input type="checkbox"/>				
		Épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Irritable	<input type="checkbox"/>				
		Bas du dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		↓ Résistance	<input type="checkbox"/>				
	Crampes	Mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatigue (après-midi)	<input type="checkbox"/>					
Mollets		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleurs articulaires	Cou³	<input type="checkbox"/>					
Tachycardie (battements rapides) ³		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Épaules³	<input type="checkbox"/>					
Battements irréguliers + rapides		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bas du dos³	<input type="checkbox"/>					

Plaintes de ↓ Carence en Vitamine A ↓

Sécheresse	Yeux secs³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peau sèche et rèche (kératose folliculaire)	Haut du dos	<input type="checkbox"/>				
	Bouche sèche³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bras	<input type="checkbox"/>				
Langue	Fente au milieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cécité nocturne (↓ vision la nuit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lèvres	Sèches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer²	Ancien: quel type? (Nom)...					
	Craquelées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Actuel - actif : type ? (Nom)...					

Plaintes de ↓ Carence en Fer ↓

Cheveux cassants²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatigue	Fatigue en soirée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ongles cassants²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S'endormir devant la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de mémoire⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Au sport, à l'activité physique²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pollution

ANAMNÈSE

Cercles bruns sous les yeux	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pollution Plastique, tapis, fumées, wifi)	Maison	Intérieur	Chimique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
						Électrique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Amalgames dentaires (mercure)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Extérieur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Abus d'alcool	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
Tabagisme	Actif (fume soi-même)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bureau	Intérieur	Chimique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Passif (fumeurs autour)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Électrique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fumeur de marijuana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Extérieur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Travail avec des produits toxiques : peintures- charbon-pesticides-	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Voyage	Voiture	Traffic	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Téléphone portable : <input type="checkbox"/> <5 min/jour <input type="checkbox"/> 6-15' <input type="checkbox"/> 16-30' <input type="checkbox"/> 31'-1h <input type="checkbox"/> 1-2h <input type="checkbox"/> > 2h							Nouvelle<2 ans
					Avion : <input type="checkbox"/> <1h/mois <input type="checkbox"/> 1-5h <input type="checkbox"/> 6-10h <input type="checkbox"/> 10-20h <input type="checkbox"/> 21-40h <input type="checkbox"/> 40-80 h <input type="checkbox"/> >80h/mois		

Maladies : Avez-vous les maladies suivantes ?

Obésité	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Cholestérol élevé	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Diabète juvénile	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Pression artérielle élevée	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Diabète gras	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Pression artérielle basse	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Maigreux	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Artériosclérose (jambes)	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Anorexie	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Crise cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Eczéma	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Psoriasis	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Goutte	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Acné	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Dépression	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Sinusite	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Autisme / Schizophrénie	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Bronchite chronique	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Migraine	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Emphysème pulmonaire	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Épilepsie	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Tuberculose pulmonaire	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Femme : premières règles		À l'âge de	... ans
Ulcère à l'estomac	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Petite taille	<input type="checkbox"/> Oui		
Calculs biliaires	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Puberté précoce	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Cancer du sein	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Retard de puberté	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Cancer de la prostate	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Alzheimer	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Cancer du foie	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Parkinson	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Cancer du côlon	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Autre: ...	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Autre cancer : ...	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Autre: ...	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans

Opérations chirurgicales: avez-vous subi les opérations suivantes?

Amygdales	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Hanche	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Polypes dans le nez	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Genou	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Tumeur du sein	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans	Hystérectomie	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans
Prostate	<input type="checkbox"/> Yes	À l'âge de	... ans	Autre: ...	<input type="checkbox"/> Oui	À l'âge de	... ans

Maladies dans votre famille : merci d'indiquer les maladies ou opérations que subissent ou ont pu subir les membres de votre famille

	Maladies ou opérations 1	Maladies ou opérations 2	Maladies ou opérations 3	Décès? À quel âge?
Mère				
Grand-mère (maternelle)				
Grand-père (maternelle)				
Père				
Grand-mère				

ANAMNÈSE

(paternelle)			
Grand-père (paternelle)			
Sœur 1			
Sœur 2			
Sœur 3			
Frère 1			
Frère 2			
Frère 3			
Fille 1	Âge :		
Fille 2	Âge :		
Fille 3	Âge :		
Fils 1	Âge :		
Fils 2	Âge :		
Fils 3	Âge :		
De 0 à 10 ans: merci de remplir les informations suivantes			
Poids de naissance :	kg	Maladies	
Premières dents	ans	Premiers pas	... ans
		Premières paroles	... ans
Infections récurrentes	<input type="checkbox"/> Nez	<input type="checkbox"/> Sinusites	<input type="checkbox"/> Pneumonie
	<input type="checkbox"/> Gorge	<input type="checkbox"/> Amygdalite	<input type="checkbox"/> Tuberculose primaire
	<input type="checkbox"/> Oreilles	<input type="checkbox"/> Bronchites	<input type="checkbox"/> Autres:
Prise d'antibiotiques?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Souvent
Opérations chirurgicales ?			
Développement physique?	<input type="checkbox"/> Lent	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Rapide
Résultats scolaires	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Mauvais	
Conditions dentaires ?			
Accidents			
Référence			
		Qui vous a conseillé de venir ?	<input type="checkbox"/> Un membre de votre famille <input type="checkbox"/> Une connaissance <input type="checkbox"/> Un médecin
Votre médecin traitant	Nom		Pays
	Adresse		Ville/code postal
	E-mail		
	Téléphone		

Voulez-vous que nous informions votre médecin de famille ? Oui Non

Merci d'avoir rempli le questionnaire