

## FOLLOW-UP

<b>Votre nom &amp; autres coordonnées</b> (Merci de remplir les informations dans les espaces ou cases jaunes)						Date	...						
<b>Prénom</b>		<b>Nom</b>			<b>Âge</b>		...ans						
<b>Améliorations depuis la dernière consultation ?</b>		<input type="checkbox"/> Très bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Pas bien <input type="checkbox"/> Très mal											
Améliorations depuis la dernière consultation ?	Amélioration 1						Depuis ....						
	Amélioration 2						Depuis ....						
	Amélioration 3						Depuis ....						
	Amélioration 4						Depuis ....						
Plaintes principales actuelles	Plainte 1						Depuis ....						
	Plainte 2						Depuis ....						
	Plainte 3						Depuis ....						
	Plainte 4						Depuis ....						
	Plainte 5						Depuis ....						
<b>Supplément(s) pris actuellement</b> (noms, doses et depuis combien de temps vous les prenez)													
Le programme de supplémentation a été entièrement suivi comme (y compris aux doses prescrites) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non													
<b>Si modifications, indiquez les suppléments qui n'ont pas été pris, ont été arrêtés ou pris à dose différente que celle prescrite</b>													
Thyroïde	<b>Quel ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui dose : .. mg	<input type="checkbox"/> Pas pris	<input type="checkbox"/> Arrêté	Testostérone transdermique	<input type="checkbox"/> Oui→dose: .. mg	<input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> Arrêté						
Hydrocortisone	Dérivé : ...	<input type="checkbox"/> Oui dose : .. mg	<input type="checkbox"/> Pas pris	<input type="checkbox"/> Arrêté	Testostérone injection intramusc.	<input type="checkbox"/> Oui→dose: .. mg	<input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> Arrêté						
DHEA		<input type="checkbox"/> Oui dose : .. mg	<input type="checkbox"/> Pas pris	<input type="checkbox"/> Arrêté	Oestrogel, oestrodose	<input type="checkbox"/> Oui→dose: .. mg							
Fludrocortisone, aldostérone		<input type="checkbox"/> Oui dose : .. mg	<input type="checkbox"/> Pas pris	<input type="checkbox"/> Arrêté	Utrogestan	<input type="checkbox"/> Oui→dose: .. mg							
Desmopressine					Duphaston	<input type="checkbox"/> Oui→dose: .. mg							
Mélatonine, sublingual		<input type="checkbox"/> Oui dose : .. mg	<input type="checkbox"/> Pas pris	<input type="checkbox"/> Arrêté	Hormone de croissance	<input type="checkbox"/> Oui→dose: .. mg	<input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> Arrêté						
Mélatonine, orale		<input type="checkbox"/> Oui dose : .. mg	<input type="checkbox"/> Pas pris	<input type="checkbox"/> Arrêté	IGF-1 (Increlex)	<input type="checkbox"/> Oui→dose: .. mg	<input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> Arrêté						
Autre :		<input type="checkbox"/> Oui dose : .. mg	<input type="checkbox"/> Pas pris	<input type="checkbox"/> Arrêté	Autre :	<input type="checkbox"/> Oui→dose: .. mg	<input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> Arrêté						
Autre :		<input type="checkbox"/> Oui dose : .. mg	<input type="checkbox"/> Pas pris	<input type="checkbox"/> Arrêté	Autre :	<input type="checkbox"/> Oui→dose: .. mg	<input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> Arrêté						
Autre :		<input type="checkbox"/> Oui dose : .. mg	<input type="checkbox"/> Pas pris	<input type="checkbox"/> Arrêté	Autre :	<input type="checkbox"/> Oui→dose: .. mg	<input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> Arrêté						
<b>VOTRE SANTÉ en détails:</b> Merci de répondre en cochant 1 case/question <input type="checkbox"/> OU dans l'espace jaune prévu pour la réponse													
N													
<b>Plaintes de ↓ Carence en Hormones thyroïdiennes ↓</b>													
<b>SCORE</b> : de non (0) à des plaintes très importantes (+++)				<b>0</b> <b>±</b> <b>+</b> <b>++</b> <b>+++</b>	<b>SCORE</b> <b>0</b> <b>±</b> <b>+</b> <b>++</b>								
<b>Surpoids</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Fatigue matinale</b>		<input type="checkbox"/>				
Perte de cheveux diffuse (partout sur le crâne)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Lenteur</b> (matinale)		<input type="checkbox"/>				
<b>Ongles fragiles</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Dépression</b> (matinale)		<input type="checkbox"/>				
Visage « bouffi »		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Maux de tête</b> diffus (dans toute la tête)		<input type="checkbox"/>				
Paupières inférieures gonflées		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bourdonnements d'oreilles</b> (acouphène)		<input type="checkbox"/>				
Tendance à <b>prendre du poids</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Raideur du matin</b> (dans le corps)		<input type="checkbox"/>				
Froid	<b>Sensibilité excessive au froid</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleurs articulaires diffuses		<input type="checkbox"/>				
	<b>Mains froides</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Constipation</b>		<input type="checkbox"/>				
	<b>Pieds froids</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crampes aux muscles (la nuit)	Mollets	<input type="checkbox"/>				
<b>Peau sèche et rêche sur les coudes</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pieds		<input type="checkbox"/>				
<b>Plaintes d' ↑ Excès en hormones thyroïdiennes ↑</b>													
<b>Maigrissement malgré nourriture riche</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Nerveux</b> (avec tremblements intérieurs)		<input type="checkbox"/>				
<b>Faim exagérée</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tachycardie (palpitations rapides)		<input type="checkbox"/>				
Sensation de <b>chaleur excessive</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Angoisses excessives</b>		<input type="checkbox"/>				
<b>Sueurs diffuses</b> (cheveux, visage, tronc)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Insomnie</b> (toute la nuit)		<input type="checkbox"/>				
<b>Plaintes de ↓ Carence en cortisol ↓</b>													
<b>Taches pigmentées sur le visage</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En conditions stressantes	<b>Faible résistance au stress</b>	<input type="checkbox"/>				
Dermatite, eczéma, psoriasis <b>Visage</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Manque de panache</b>	<input type="checkbox"/>				
Allergies	Peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Crises émotionnelles</b>	<input type="checkbox"/>				
	<b>Nez</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Facilement confus					
	<b>Gorge</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Envies sucrées</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs articulaires	<b>Intolérance aux médicaments</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intestin	Gastrites					
	Épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Entérites/colites	<input type="checkbox"/>				
	Mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Douleurs dans le ventre</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>Plaintes d' ↑ Excès en Cortisol ↑</b>													
<b>Visage gonflé</b> (comme une pleine lune »)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperagité, survolté		<input type="checkbox"/>				
Tension artérielle élevée		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	insomnie		<input type="checkbox"/>				

## FOLLOW-UP

Plaintes de ↓ Carence en Aldostérone ↓														
SCORE (de non (0) à des plaintes importantes (+++))		0	±	+	++	+++			SCORE	0	±	+	++	+++
Tension artérielle faible						Tête vaseuse, vide								
Vertiges en se levant (orthostatisme)						Envies salées								
Se sentir mieux en position allongée						Uriner souvent le jour (pollakiurie)								
Plaintes d' ↑ Excès en Aldostérone ↑														
Gonflé(s) Pieds (fin d'après-midi, soirée)						Tension artérielle élevée								
Plaintes de ↓ Carence en DHEA ↓														
Pois	Peu/perte de pilosité aux aisselles					Sécheresse					Yeux secs			
	Peu/perte de pilosité pubienne													
Plaintes d' ↑ Excès en DHEA ↑														
Acné						Perte de cheveux (femme)								
Plaintes de ↓ Carence en Insuline ↓														
Visage mince						Muscles relâchés		Triceps relâché						
Maigreux (corps trop mince)						Fesses tombantes								
Plaintes d' ↑ Excès en insuline ↑														
Surpoids						Ventre (abdomen) obèse								
Obèse	Visage gras					Obèse	Hanches grasses							
	Seins gras						Cuisses grasses (cellulite)							
Plaintes de ↓ carence en Thymosine-alpha-1 ↓														
Infections récurrentes	Oreille (otites)					Infections chroniques	Maladie de Lyme							
	Nez (rhumes)						Epstein-Barr (mononucléose)							
	Gorge (pharyngites)						Acné rebelle au traitement							
	Bronchites						Hépatite B ou C							
	Herpes	Lèvres (herpès labial)					Cancer	Actuellement actif: quel type		Nom:				
Génital (herpès génital)														
Plaintes de ↓ Carence en Testostérone et Estrogène ↓														
Visage pâle						Fatigue permanente (toute la journée)								
Yeux secs						Dépression permanente (toute la journée)								
Douleurs articulaire (arthralgie)	Cou (cervical)					Perte de mémoire								
	Milieu ou bas du dos					Bouffées de chaleur (visage, haut poitrine)								
Genoux						Sueurs intenses (visage, haut de la poitrine)								
Douleurs cardiaques (lors stress/exercice)						Sexualité	↓ désir sexuel (libido basse)							
Incontinence urinaire							Impuissance sexuelle (↓ coût)							
Plaintes de ↓ Carence en Testostérone ↓														
Muscles du bras	↓ Force musculaire					Ecchymoses (faire des « bleus »)								
	↓ Volume musculaire					Vite fatigué lors de sport, activité physique								
Obese	Hanches					Émotions excessives								
	Cuisses grasses (cellulite)					Hésitations, se faire des soucis								
FEMMES: Plaintes de ↓ Carence en Estrogène ↓														
Perte de cheveux au sommet crâne (vertex)						Cycle menstruel	Régulier: 27-31 jours							
Pois apparaissant au visage							Court: ≤ 26 jours □ Long ≥ 32 jours							
Seins tombants (ptose)							Alternance de cycles courts/longs							
Infection de la vessie (cystites)						Règles	Pas de règles >6 mois Règles pauvres							
Sécheresse vaginale							Déprimé (pendant les règles)							
Douleurs lors de rapports sexuels (dyspareunie)							Mal de tête (pendant les règles)							
						Crampes intermittentes violentes								
FEMMES : Plaintes de ↓ Carence en Progestérone ↓														
Avant les règles (PMS)	Seins douloureux/gonflés					Lors des règles (M)	Règles abondantes (ménorragie)							
	Irritable, nerveux						Bas-ventre : douleurs constantes							

## FOLLOW-UP

HOMMES : Plaintes de ↓ Carence en Testostérone /Excès d'oestrogènes ↓																						
SCORE (de non (0) à des plaintes importantes (+++))		0	±	+	++	+++						SCORE	0	±	+	++	+++					
Erections	↓ Érections matinales	<input type="checkbox"/>	Prostate						Difficile à uriner (dysurie)					<input type="checkbox"/>								
	↓ Fréquence	<input type="checkbox"/>							Uriner avec douleurs (mictalgie)					<input type="checkbox"/>								
HOMMES et FEMMES : Plaintes d' ↑ Excès en Testostérone ↑																						
Visage rouge, rougi		<input type="checkbox"/>						Impatient, dominant					<input type="checkbox"/>									
Cheveux gras		<input type="checkbox"/>						Excès de désir sexuel (libido ++)					<input type="checkbox"/>									
Acné		<input type="checkbox"/>						Hommes : Fréquence excessive des érections					<input type="checkbox"/>									
Plaintes de ↓ Carence en Mélatonine ↓																						
Difficulté à se (r)endormir	4 premières heures de la nuit	<input type="checkbox"/>						Sommeil superficiel et agité					<input type="checkbox"/>									
	4 dernières heures de la nuit	<input type="checkbox"/>						Ruminer, s'en faire la nuit					<input type="checkbox"/>									
Plaintes d' ↑ Excès en Mélatonine ↑																						
3h de sommeil profond, puis rester éveillé		<input type="checkbox"/>						Tête "lourde" le matin					<input type="checkbox"/>									
Plaintes de ↓ Carence en Vasopressine ↓																						
Polydipsie (besoin de boire > 2L/jour)		<input type="checkbox"/>						Uriner souvent le jour (pollakiurie)					<input type="checkbox"/>									
Uriner de grandes quantités d'urine (polyurie)		<input type="checkbox"/>						Uriner 2 ou plus de fois par nuit (nycturie)					<input type="checkbox"/>									
Plaintes de ↓ Carence en Ocytocine ↓																						
Évite le contact avec les autres		<input type="checkbox"/>						Absence de sourire					<input type="checkbox"/>									
Peu chaleureu(x)se, peu affectueux		<input type="checkbox"/>						Orgasme (femme/homme)		↓ Fréquence			<input type="checkbox"/>									
Plaintes de ↓ Carence en MSH ↓																						
Brûler facilement au soleil		<input type="checkbox"/>	Fréquence des rapports (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		Hommes :		↓ Volume (dureté)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
		Erections		↓ Persistance (durée)		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
								Impuissance sexuelle (coït)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Plaintes de ↓ Carence en Hormone de Croissance/IGF-1 ↓																						
Cheveux	Cheveux fins	<input type="checkbox"/>	Fati- gue	Épuisement					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Peau	Peau fine	<input type="checkbox"/>		Fort fatigué si au lit après minuit					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Joues	Joues qui pendent	<input type="checkbox"/>	Besoin de dormir > 9hours/nuit					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Plis nasolabiaux (nez → bouche)	<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"/>										
Abdomen	Ventre (abdomen) obèse	<input type="checkbox"/>	Sautes d'humeur (hauts et bas)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Ventre pendant	<input type="checkbox"/>	Anxiété	Permanente					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Genoux	Graisse au-dessus du genou	<input type="checkbox"/>		↓ paix intérieure					<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"/>	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)		<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 ↓ Plaintes Carence en Magnésium ↓																						
Muscles tendus dans le bas du dos		<input type="checkbox"/>						Fatigué dans l'après-midi					<input type="checkbox"/>									
Crampes dans les mollets		<input type="checkbox"/>						Irritable lors de situations stressantes					<input type="checkbox"/>									
Plaintes de ↓ Carence en Vitamine A ↓																						
Lèvres	Sèches	<input type="checkbox"/>	Peau sèche et rèche (kératose folliculaire)	Haut du dos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Craquelées	<input type="checkbox"/>		Bras		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Fente au milieu de la langue		<input type="checkbox"/>	Cécité nocturne (↓ vision la nuit)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Plaintes de ↓ Carence en Fer ↓																						
Cheveux cassants		<input type="checkbox"/>	Fatigue	Fatigue en soirée					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Ongles cassants		<input type="checkbox"/>		S'endormir devant la télévision					<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"/>	Démangeaisons sur la peau					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	Pression constante sur la tête					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Peau rougeâtre, qui pèle	Aisselles	<input type="checkbox"/>	Femme	Pertes vaginales blanches					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	Plis inguinaux	<input type="checkbox"/>		Vulve	Rouge, enflammée					<input type="checkbox"/>												
	Entre les orteils	<input type="checkbox"/>			Démangeaisons					<input type="checkbox"/>												
Pollution																						
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						Voyage		Voiture		Traffic		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
										Nouvelle<2 :		<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non							
Tabagisme	Actif (fume soi-même)	<input type="checkbox"/>	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																			

## FOLLOW-UP

### Plaintes de Déshydratation

SCORE (de non (0) à des plaintes importantes (+++))		0	±	+	++	+++	SCORE		0	±	+	++	+++
Sécheresse	Langue sèche	<input type="checkbox"/>	Faible consommation d'eau (< 1.5 L/j)	<input type="checkbox"/>									
	Bouche sèche	<input type="checkbox"/>	Consommation importante de sel	<input type="checkbox"/>									

### Troubles digestifs

<b>Reflux œsophagien (acidité)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Gaz intestinaux</b>	Malodorants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>							Non odorants	<input type="checkbox"/>				
<b>Estomac</b>	Acidité au niveau de l'estomac	<input type="checkbox"/>	<b>Selles</b>	Selles <b>dures</b> (constipation)	<input type="checkbox"/>								
	<b>Estomac lourd, pesant</b>	<input type="checkbox"/>		Selles <b>molles</b> (diarrhée)	<input type="checkbox"/>								
<b>Ventre (abdomen)</b>	<b>Haut du ventre ballonné</b>	<input type="checkbox"/>		Selles <b>collantes</b> (sur le papier WC)	<input type="checkbox"/>								
	<b>Milieu du ventre ballonné</b>	<input type="checkbox"/>		Selles de couleur <b>brun clair</b>	<input type="checkbox"/>								
	<b>Bas du ventre ballonné</b>	<input type="checkbox"/>		Selles de couleur <b>noire</b>	<input type="checkbox"/>								
	<b>Douleurs dans le ventre</b>	<input type="checkbox"/>		<b>Ensanglantées</b>	<input type="checkbox"/>								
	<b>Crampes dans le ventre</b>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

### Régime Alimentaire

<b>Régime paléo</b> (fruits, légumes, viande, poisson)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Consommation d'eau :</b>							
<b>Occidental</b> (+raffinée /junk foods)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Méditerranéen</b> (graines, huiles, fruit, légumes, poisson, volaille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Boissons riches en caféines</b>	<b>Café</b>	<input type="checkbox"/>					
<b>Régime végétarien</b> (fruits, graines, légumes +/- poisson/œufs, produits laitiers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Thé</b>	<input type="checkbox"/>					
<b>Végétalienne</b> (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"/>					
<b>Fréquence des repas:</b> <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							<b>Alcool</b>	<b>Café décaféiné</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>Repas avec le plus de protéines:</b> <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir						<b>Alcool</b>	Bière	<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'							<b>Vin</b>	<input type="checkbox"/>					
<b>Mastication :</b> <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							Alcools forts	<input type="checkbox"/>					
						<b>Fruits</b>	<b>Fruits entiers</b>	<input type="checkbox"/>					
							<b>Jus</b>	<input type="checkbox"/>					
						<b>Légumes</b>	Légumes (pauvre en fibres)	<input type="checkbox"/>					
							Légumes (riche en fibres)	<input type="checkbox"/>					
<b>Aliments riches en protéines</b>	À la vapeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Céréales non germées et non trempées dans de l'eau préalablement</b>	Pain blanc	<input type="checkbox"/>					
	<b>À l'huile, au beurre</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pain complet	<input type="checkbox"/>					
	<b>Grillé</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Muesli	<input type="checkbox"/>				
	<b>Barbecue</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Avoine (porridge)	<input type="checkbox"/>				
	<b>Viande</b>	<input type="checkbox"/>	Pates	<input type="checkbox"/>									
	<b>Poisson</b>	<input type="checkbox"/>	Riz	<input type="checkbox"/>									
	Fruit de mer	<input type="checkbox"/>	<b>Graines germées</b>	<input type="checkbox"/>									
<b>Volaille</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Noix</b>	<b>Noix (non trempées)</b>	<input type="checkbox"/>					
<b>Œufs</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Noix trempées</b>	<input type="checkbox"/>					
<b>Produits laitiers</b>	Beurre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Glucides</b>	Sucre	<input type="checkbox"/>					
	Lait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bonbons	<input type="checkbox"/>					
	Fromage blanc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Chocolat	<input type="checkbox"/>				
	Autre(s) fromage(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Bonbons	<input type="checkbox"/>				
	Yaourt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Biscuits	<input type="checkbox"/>				
					<input type="checkbox"/>		Boissons, sodas sucrés	<input type="checkbox"/>					
					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				

### Maladies : Avez-vous eu une nouvelle maladie ou été opéré(e) depuis la dernière consultation? Si oui, laquelle ou de quoi ?

Maladie/opération		Depuis/il y a	... mois

Merci d'avoir rempli le questionnaire