



### 3. Médical

3a. Quelles autres maladies avez-vous connues,

Quelle année ?

3b. Sont-elles guéries? Si oui Par quelles techniques, approches

1/ .....

2/ .....

3/ .....

.....

3c. Depuis dix ans, avez vous dû subir un traitement lourd pour une maladie ou pour un accident/opération, etc. (type cortisone en permanence, chimios, transfusion, etc. ) ? Si oui, lequel :

.....  
.....

3d. Etes-vous suivi médicalement :

3a. par un allopathe ou un spécialiste ? ..... de quelle branche ? .....  
depuis quand : .....

3b. par un praticien de médecin douce: naturopathe, homéopathe, ostéo, acupuncteur ? (soulignez)

Si oui, quel est la faiblesse organique qui a été détectée? .....

3e. A-t-on objectivé une intoxication aux métaux? Si oui : laquelle? .....

3f. Quels médicaments prenez-vous en permanence (y compris pilule contraceptive et hormones, même naturelles)

.....  
.....

3g. Avez-vous subi le vaccin hépatite B? En quelle année ?

3h. Si hormones de substitution: quand avez-vous commencé? Lesquelles ? .....

.....

3i. Quels compléments alimentaires prenez-vous soit en permanence soit en cures ? Prescrits par le médecin ? .....

.....

### 4. A remplir uniquement si vous vous plaignez de fatigue chronique

4a. Vous plaignez-vous de fatigue? Déjà au réveil? .....

Avez-vous des trous de mémoire, de concentration?.....

Vous endormez-vous avec difficulté? .....

Sommeil agité?.....

Avez-vous la peau sèche aux bras ou aux jambes?.....

4b. Si vous vous plaignez de fatigue doublée de douleurs diffuses et migrantes : avez-vous été piqué par une tique récemment ? A-t-on évalué le diagnostic de la maladie de Lyme ? De quelle manière ?

.....

.....

4c. Si vous vous plaignez de fatigue (et divers troubles dermato, digestifs, etc.), pouvez-vous cibler le moment où cela a commencé ? .....

4d. Possédez-vous des amalgames dentaires classiques? Avez-vous une ou plusieurs dents dévitalisées?  
De quand date votre dernier rendez-vous dentiste?

## 8. Digestion

8a. Vous plaignez-vous de symptômes digestifs comme éructations, ballonnements, flatulences (vents), acidité d'estomac, nausées faciles, bouche pâteuse au réveil, etc ? Soulignez et/ou précisez .

.....  
 .....

8b. Quand cela a-t-il commencé? .....

Pourquoi à votre avis? (prise de médicament, changement alimentaire, etc ?).....

.....

8c. Allez-vous généralement (hors vacances ou voyages) à la selle

une fois par jour à heures régulières ? .....

ou plus d'une fois par jour? ...../jour

ou moins d'une fois par jour ? ...../semaine

En général, produisez-vous des selles SO SP SE = sans odeur, sans papier, sans effort ? .....

Selon l'Échelle de Bristol, vos productions personnelles sont ou étaient plutôt....	% age en situation de crise	% age quand le protocole 8f est efficace
Type 1 : Petites crottes dures et détachées, ressemblant à des noisettes. Difficiles à évacuer.	.....	.....
Ajout TL Type 1 a : selles commençant comme type 1 ou 2, suivies immédiatement par type 6 ou 7, dans la même « production »	.....	.....
Type 2 : En forme de saucisse, mais dures et grumeleuses.	.....	.....
Type 3 : Comme une saucisse, mais avec des craquelures sur la surface. Crotte quasiment parfaite.	.....	.....
Type 4 : Ressemble à une saucisse ou un serpent, lisse et douce. Crotte parfaite.	.....	.....
Type 5 : Morceaux mous, avec des bords nets (néanmoins aisés à évacuer).	.....	.....
Type 6 : Morceaux duveteux, en lambeaux, selles détrempees.	.....	.....
Type 7 : Pas de morceau solide, entièrement liquide.	.....	.....

8f. **Protocole efficace.** Dans l'un ou l'autre cas de figure, cette situation a-t-elle été rétablie auparavant? Avec l'aide d'un régime, de tisanes, de médicaments, de probiotiques ? quel historique ? .....

.....  
 .....

8g. Souffrez-vous de douleurs intestinales ? ..... quand en particulier ? .....

8c. Avez-vous encore votre appendice? Si opération, à quel âge ? .....

Autres commentaires sur le sujet :

.....  
 .....  
 .....

## 5. Environnement et divers

- 5a. Dans votre travail ou votre hobby, utilisez-vous des produits chimiques (depuis la peinture de carrosserie jusqu'aux laques et vernis des coiffeurs et esthéticiennes en passant par les pesticides des agriculteurs) ? .....
- 5b. vivez-vous en ville ou à la campagne ?
- 5c. Y a-t-il une antenne GSM près de chez vous?.....
- 5d. Utilisez-vous un téléphone portable ? si oui : combien d'heures par jour ? avec oreillettes ? 8f. Portez-vous le portable sur vous ? .....
- 5e. Utilisez vous un ordinateur au quotidien ? combien d'heures par jour ? avec écran plat ou autre ? .....
- 5f. Fumez-vous? Combien par jour? Depuis quand?.....  
Avez-vous arrêté de fumer ? Quand ?.....
- 5g. Consommations autres "drogues" (dont illicites, cela restera confidentiel) : .....

## 6. Oxygénation-respiration

- 6a. Faites-vous des promenades régulières dehors (pas les courses ménagères à pied : de vraies marches !) avec plaisir? ou vous forcez-vous ? .....
- 6b. De quelle durée ? et de quelle fréquence ? .....
- 6c. Pratiquez-vous un sport ou une activité physique qui fait au moins transpirer? Lequel, quelle fréquence ? .....
- 6d. pratiquez-vous du yoga, du taichi ou de la sophrologie ? .....
- 6e. pratiquez-vous ou connaissez-vous seulement les respirations abdominales profondes ? .....
- 6f. pratiquez-vous une méthode annexe comme les chaînes musculaires, le stretching de Jacques Gautier, la symbolique des maladies, etc ? Lesquelles ? .....

## 7. Boissons et mastication

- 7a. Avez-vous naturellement soif ou très soif? .....
- 7b. Quels liquides buvez-vous ? et quelle quantité par jour à peu près ? .....
- eau ou tisanes/café/thé préparés avec :
- eau du robinet       eau filtrée (Brita ou autre)  en bouteille
  - eau de source, peu minéralisée (Mont Roucou, Montcalm, Volvic, Évian)
  - eau minérale, très minéralisée (Contrex, Vittel, Hépar, Vichy, ...)
- 7c. Votre choix serait : boire plutôt froid ou chaud ou tempéré? .....
- 7d. Quand (à jeûn ou après les repas, plus le matin que l'après-midi) ?
- 7e. Vos urines changent-elles de couleur entre le matin et l'après-midi ? (p.ex. deviennent-elles claires après midi ?).....
- 7f. Urinez-vous plus de cinq fois par jour ? .....
- 7g. Urinez-vous tout de suite après avoir bu ?.....
- 7h.  Mâchez-vous chaque bouchée longtemps (au moins vingt fois)?  
 Ou avalez-vous à la catapulte?  
.....

## 9. Cuisine

- 9a Cuisinez-vous? Avec plaisir ou est-ce une corvée ? .....  
quel type de cuisine : classique ? Cuisine nature ? végété ? .....  
.....  
Utilisez vous beaucoup d'aliments de dépannage (aliments préparés à assembler ou simplement à réchauffer )? .....  
.....  
Fréquentez vous souvent la cantine ou les restos ? moyenne hebdomadaire ?.....  
.....
- 9b Votre partenaire cuisinier sera-t-il d'accord de changer quelques habitudes?.....
- 9c.En cuisine, utilisez-vous la cuisson à la vapeur douce? .....
- 9d. Utilisez-vous l'aluminium (casseroles ou papillotes)? .....
- 9e. Utilisez-vous le micro-ondes pour réchauffer ou cuire ?  
Si oui, combien de fois par jour ou par semaine ? .....
- 9f. Utilisez-vous la casserole à pression (cocotte minute) ? .....
- 9g. Disposez-vous  d'une centrifugeuse à jus? Ou  d'un extracteur .....

## 10 Alimentation

- 10a. Avez-vous déjà pratiqué des régimes (qu'ils soient minceur ou à visée de santé, depuis le Weight Watchers jusqu'à l'alimentation vivante)? .....  
Avez-vous déjà pratiqué un jeûne, si oui dans quelle structure ? .....  
Si oui lesquels ont été efficaces (sur le poids, sur la vitalité ou sur la santé)? .....  
.....  
.....  
Si votre itinéraire de découvertes alimentaires est particulier, veuillez en noter l'historique récent (<5ans) sur une feuille à part. J'aurai ainsi une vision de ce que le corps a vécu.
- 10b. Quand et combien de temps vos tests de régime ont-ils duré? .....  
Pour les régimes aminçissants : combien avez-vous perdu,  
quand avez-vous repris et combien ? .....
- 10c. Avez-vous le souvenir d'avoir été bien mieux en vacances lointaines? Avec un autre plan alimentaire?  
Dans le désert? En altitude?.....

## 11 Allergies/hyperréactivités

- 11a. Connaissez-vous vos intolérances alimentaires individuelles, observées par vous-même (pas par des tests à IgE ou à IgG)? si oui, lesquelles .....
- 11b. Avez-vous souvent besoin de sucré? .....  
A quelles heures? .....
- 11c. Avez-vous fait les tests sanguins à IGg pour repérer les hypersensibilités alimentaires? Si oui, lesquelles sont flagrantes? .....
- 11d. Etes-vous sujet aux migraines (vraies migraines, pas maux de tête) – depuis quand ? combien de fois par mois ? améliorations ? .....
- 11e. Avez-vous connu vous-même ou dans votre famille directe des calculs rénaux ? vésicule ? .....
- 11f. Avez-vous connu des épisodes répétitifs d'inflammation de la vessie, cystite, etc. ? .....
- 11g. Etes-vous sujet à des problèmes dermato ou digestif depuis l'adolescence, si pas l'enfance ? ....  
si survenus à l'âge adulte, quel a été l'élément déclencheur ? (prise de médicament, par exemple) .....
- 11h. Etes-vous asthmatique ? Sous médicament ? .....
- 11i. Pour vos enfants : y a-t-il eu diagnostic d'hyperactivité, kinésie, épilepsie, autisme ? .....

## 12 Autres tests

- 12a. Répondez au test Diathèse page 7
- 12b Répondez aux tests du « Questionnaire de symptômes en 8 classes » des pages 8 à 11 ci-après.
- 12c Répondez au test de profil ayurveda des pages 12 et 13 ci-après.
- 12d Répondez au test des hormones page 12 ci-après.
- 12e Répondez au test des acides aminés page 15 ci-après (si c'est trop flou, ne remplissez pas).
- 12f. Préparez la liste détaillée de tout ce que vous mangez et buvez pendant trois jours, à quelle heure (dont un jour hors bureau ). Notez aussi vos envies en cours de journée et si vous les acceptez ou les contrôlez. Si ce n'est pas trop laborieux pour vous, je peux mieux analyser si j'ai les quantités (bol, cuillère, etc.) et la qualité des produits (huile VPPF, mayo maison ou en pot, légumes bio ou surgelés, etc.). Si vous êtes momentanément hors normes (chimios et peu d'appétit, ou sortie de jeûne, ou test d'un nouveau régime ou alimentation chaotique exceptionnelle pour des raisons personnelles), tâchez plutôt de vous rappeler votre alimentation habituelle.
- 12g. Notez les menus que vous commanderiez dans une situation de rêve, en vacances sur une île, servi par des domestiques, sans considération de budget, de santé, de poids (petit déjeuner compris).
- 12h. Faites la liste des douze aliments que vous préférez manger, dans l'ordre de préférence, hors concept de digestion difficile ou de régime ou notion de prix.
- 12i. J'aurais besoin d'une photo récente en pied de vous, lors des dernières vacances par exemple (pour aider à évaluer votre profil, pas pour magnétiser !), à faire suivre par mail ou par poste.
- 12j. Rappel point 2b : si ce n'est pas trop technique pour vous, faites faire une photo de près de vos pupilles (gauche et droite) et faites les moi parvenir par courriel ou par poste.

A bientôt, Cordialement, Taty Lauwers

Cochez les cases “D1 ou D2” ci-dessous pour évaluer ce qui vous décrit le mieux (parfois aucune réponse positive, ni D1 ni D2). Faites le total du nombre de D1 et D2 par colonne. Nous avons besoin des deux totaux respectifs D1 et D2 pour confirmer votre diathèse de Ménétrier de base (par ex : 3 \*D1 2\*D2 en col1 ; 4\*D1 et 3\*D2 en colonne 2), qui est une facette de votre profil alimentaire profond. Pour les enfants et ados : ne remplir que la colonne 1.

1a Quand vous étiez petit avant 12 ans, souffriez-vous souvent d’allergies ou d’inflammations? (urticaire, eczéma, tendinites, asthme) ..... D1  
Ou plutôt d’infections (bactériennes ou virus, type angines, otite, sinusite, etc.)? ..... D2

1b A la même période, aviez-vous du mal à aller vous coucher le soir tant vous étiez encore actif et aviez-vous également du mal à vous lever le matin? ..... D1  
Ou vous endormiez-vous facilement pour vous réveiller frais et dispos? ..... D2

1c A la même période (et peut-être encore aujourd’hui), aviez-vous des difficultés à vous endormir? ..... D1  
Ou aviez-vous besoin de beaucoup dormir? ..... D2

1d Aviez-vous une mémoire défaillante ? ..... D1  
Ou plutôt des difficultés d’attention? .. D2

1e Etiez-vous plutôt optimiste? ..... D1  
Ou plutôt pessimiste, facilement défaitiste? ..... D2

1f Cherchiez-vous aussi des sports de défi, tout ce qui est aventure? ..... D1  
Ou étiez-vous plutôt bricolage, activités au calme ? ..... D2

1g L’effort et le sport vous défatiguaient-ils? . D1  
Ou vous sentiez-vous plus fatigable à l’effort (grand besoin de récupération)? ..... D2

2a Aujourd’hui, quand vous êtes malade, vous remettez-vous très vite sur pied? ..... D1  
Ou avez-vous besoin de dix jours, avec l’impression de devoir cravacher sinon? D2

2b Les homéos, acupuncteurs etc. vous ont-ils trouvé une faiblesse principale du foie? D1  
ou du pancréas? ..... D2

2c Etes-vous plutôt sûr de vous (actions, pensées)? ..... D1  
Ou avez-vous le sentiment de devoir être guidé dans vos choix, de préférer vous attacher à une «école» de pensée? ..... D2

2d. Lorsque vous demandez un massage de bien être, vous sentez-vous mieux après des pétrissages francs ..... D1  
ou des effleurements? ..... D2

2e Erouvez-vous des difficultés à vous lever le matin? ..... D1  
Ou ressentez-vous plutôt une baisse constante d’énergie dans la journée? ..... D2

2f. Si vous n’avez pas un métier physiquement intensif, choisissez vous d’instinct des sports intensifs (tennis, fitness, jogging, etc.) D1  
ou préférez-vous le yoga, la détente, les sports d’endurance à bas régime? ..... D2

2g. Tout comme dans l’enfance, êtes-vous plutôt fonceur pour prendre une décision ? ... D1  
Ou pesez-vous bien le pour et le contre longtemps, avec nuances, afin de mesurer les risques à prendre? ..... D2

**votre Nom :** .....

**Colonne 1 :** Total des ..... D1 et ..... D2

**Colonne 2 :** Total des ..... D1 et ..... D2

## Questionnaire de symptômes en 8 classes

Cochez les chiffres correspondant à vos symptômes, puis calculez le total par classe.  
Reportez les totaux sur la première page du questionnaire. Merci<sup>1</sup>.

### Classe de symptômes 1

Etes-vous sensible à la douleur émotionnelle (ou physique), pleurez-vous facilement ?	4
Compensez-vous par la nourriture (pour le plaisir, pour le confort ou pour « endormir » les sentiments)	4
Vous inquiétez-vous facilement, connaissez-vous phobies, angoisses ou paniques ?	4
Avez-vous des difficultés à vous endormir ou des réveils nocturnes ?	4
Vous concentrez-vous avec difficulté ?	3
Etes-vous peu énergique au lever ? Le lever est-il difficile même après une nuit de sommeil ?	2
Avez-vous des pensées ou des comportements obsessionnels (si pas des TOCs) ?	4
Etes-vous incapable de vous reposer après un stress, après une tension ?	4
Etes-vous pour l'instant en dépression ? Sinon, avez-vous vous souvent des idées noires ?	3
Avez-vous peu de confiance en vous-même ?	4
Votre humeur et votre appétit s'aggravent-ils en hiver ou à la fin du jour ?	4
Etes-vous facilement irritable ou colérique ?	3
Compensez-vous le stress par de l'alcool ou des drogues ?	4
Etes vous aidé par du Prozac ou d'autres aides médicales (sérotonine) ?	2
<b>TOTAL</b>	<b>.....</b>

### Classe de symptômes 2

Etes-vous obsédé par la nourriture ? ou un outremangeur (vous avez des rages de manger) ?	4
Reprenez-vous du poids après un régime (plus que les kilos perdus) ?	4
Avez-vous des sursauts de mélancolie, d'irritabilité, d'angoisse, de dépression que vous ne connaissiez pas plus jeune ?	3
Vous sentez-vous moins énergique, moins endurant que plus jeune ?	3
Consommez-vous moins de 2.100 calories par jour (càd moins que la dose moyenne) 3	
Sautez-vous des repas, surtout le petit déjeuner ?	3
Mangez-vous surtout des hydrates de carbone allégés (pauvres en calories) 3	
Pensez-vous constamment à votre poids ?	2
Utilisez-vous de l'aspartame (dans du Canderel, des allégés) au quotidien ?	2
Avez-vous moins confiance en vous-même que lorsque vous étiez plus jeune ?	3
Etes-vous devenu (ou avez-vous été) boulimique ou anorexique ?	4
<b>TOTAL</b>	<b>.....</b>

<sup>1</sup> Adaptation du questionnaire d'évaluation de vos faiblesses organiques à traiter en premier lieu, avant toute approche d'un profil perso. Traduit à partir de la page <http://www.dietcure.com/Questionnairea.html>. Ce questionnaire fait partie du livre de Julia Ross : The Diet Cure, désormais traduit en français et publié chez Thierry Souccar éditions sous le titre « Libérez-vous des Fringales »



### Classe de symptômes 3

Les repas vous rendent-ils somnolents ?	3
Etes-vous nerveux ou irritable par moments au cours de la journée et vous sentez-vous plus calme après les repas ?	3
Si vous sautez un repas ou s'il est retardé, si vous ne pouvez pas petit déjeuner, ressentez-vous des vertiges ou des maux de tête, vous sentez-vous fatigué, irritable ou angoissé(e) ?	3
Avez-vous des rages de salé ..... ou un désir fréquent de sucre ..... ? à quelles heures ?	4
Votre pouls est-il rapide ? Avez-vous des palpitations cardiaques ?	3
Lorsque vous vous donnez un coup de pouce avec du café, des sucreries ou de l'alcool, connaissez-vous des baisses d'énergie ou d'humeur après cette consommation (une heure ou plus après) ?	4
Lorsque vous prenez du poids, se concentre-t-il autour des hanches et de la taille ?	2
Hors ménopause, avez-vous des sueurs nocturnes ?	3
Avez-vous souvent soif (une réelle soif, pas une habitude prise après les régimes) ?	4
Avez-vous parfois des envies de pleurer subites sans raison ?	3
Histoire familiale de diabète, hypoglycémie, alcoolisme 3	
Vivez-vous des périodes de confusion mentale, avez-vous l'impression que votre mémoire s'affaiblit ?	3
Avez-vous des pertes d'énergie, des épuisements nerveux périodiques ?	
Avez-vous des marques sur les jambes qui mettent longtemps à cicatriser ?	5
Vous sentez-vous souvent stressé, submergé ?	4
Avez-vous des cernes sous les yeux, même avec des nuits normales de sommeil ?	4
<b>TOTAL</b>	<b>.....</b>

### Classe de symptômes 4

Vous sentez-vous fatigué même au réveil ?	4
Etes-vous facilement frileux (surtout des mains et des pieds) ?	4
Historique familial de troubles de la thyroïde 4	
Prenez-vous du poids même sans manger trop ? Perdez-vous difficilement du poids ?	4
Devez-vous vous forcer pour faire de l'exercice, même doux ?	3
Avez-vous de la peine à vous mettre en route le matin ?	4
Vos récents examens sanguins indiquent-ils un taux de cholestérol total élevé ? (si connu, notez le rapport cholestérol total/Hdl : .....)	3
Votre pression sanguine est-elle basse en permanence ?	3
Votre prise de poids, le cas échéant, a commencé lors de vos premières règles, lors d'une grossesse ou lors du passage vers la ménopause ?	4
Souffrez-vous de maux de tête chroniques (pas de migraines) ?	3
Vous mettez-vous en route avec du café, du tabac, certains aliments ou d'autres stimulants ?	3
<b>TOTAL</b>	<b>.....</b>

## Classe de symptômes 5

Etes-vous sujet à des rages de lait, de crème glacée, de yaourt, de fromage ou du trio pâtes/pains/biscuits. En mangez-vous très régulièrement ?	3
Etes-vous facilement ballonné après les repas ?	3
Souffrez-vous de migraines (réelles, pas de maux de tête)?	2
Souffrez-vous de gaz et/ou d'éruclations fréquentes ?	4
Souffrez-vous d'inconforts digestifs (tout type, acidité d'estomac, nausées faciles, bouche pâteuse au réveil, reflux gastrique, etc) ? Soulignez lesquels 3	
Souffrez-vous de constipation et/ou de selles molles de manière chronique ?	3
Souffrez-vous d'asthme ou de troubles respiratoires chroniques ?	4
Souffrez-vous de pathologies fréquentes du trio nez/gorge/oreilles (comme des rhumes, des sinusites) ?	3
Vous sentez-vous un peu léthargique après les repas (ou après certains repas) ?	3
Etes-vous allergique à certains aliments (aux laitages ou à d'autres aliments courants ) sont-ce des allergies réelles ? ou des réactions à IgG, appelées « intolérances » ? diagnostiquées comment ?	4
Mangez-vous peu à cause de l'inconfort digestif ?	3
Vous privez-vous de manger ou vous faites-vous vomir à cause des ballonnements, des inconforts digestifs, du sentiment d'être gros ou de la fatigue après les repas ?	3
Vous ne pouvez prendre du poids ?	4
Avez-vous été diagnostiqué victime d'hyperactivité ou de trouble bipolaire (maniaco-dépression) ?	3
Historique familial d'allergies alimentaires ?	4
<b>TOTAL</b>	<b>.....</b>

## Ladies only - Classe de symptômes 6

(répondez aussi après la ménopause, tâchez de vous rappeler le passé)

Avant les règles (3 à 10 jours), connaissez-vous des sautes d'humeur ou des maux de tête?	4
Avant les règles, vivez-vous des épisodes de rages alimentaires ?	4
Avant ou pendant les règles, avez-vous des boutons? de la rétention d'eau ? des prises de poids ?	3
Vos règles sont-elles irrégulières ?	4
Avez-vous fait une ou des fausses couches, ou êtes-vous stérile ?	3
Avez-vous utilisé ou utilisez-vous encore la pilule contraceptive ou tout autre traitement hormonal ?	4
Etes-vous sujette aux crampes prémenstruelles désagréables, à des saignements longs ou volumineux, avez-vous alors des seins douloureux ou tendus ?	3
Etes-vous ou avez-vous été sujette aux troubles de la péri- ou postménopause (bouffées de chaleur, sueurs, insomnie, confusion mentale) ?	3
<b>TOTAL</b>	<b>.....</b>

## Classe de symptômes 7

Vous sentez-vous souvent gonflée, le ventre tendu ?	4
Etes-vous victime de confusion mentale ?	3
Etes-vous sujet à la déprime ?	2
Vous a-t-on diagnostiqué victime de « candida » ?	4
Femmes : êtes-vous sujette à des pertes blanches, des brûlures ou démangeaisons vaginales, à des infections génitales ?	3
Avez-vous pris un traitement antibiotique plus d'un mois d'affilée, ou pendant quelques jours mais plusieurs fois dans la même année (à quelque période de la vie que ce soit) ?	4
Avez-vous utilisé de la cortisone ou la pilule contraceptive pendant plus d'un an ?	4
Avez-vous des champignons sur la peau ou les ongles, ou le pied d'athlète (champignons sur les pieds) ?	4
Souffrez-vous de pathologies fréquentes du nez, gorge, oreilles (rhumes, sinusites, otites) ? Ou était-ce le cas lorsque vous étiez enfant ?	3
Avez-vous des douleurs articulaires ou musculaires qui ne sont pas reconnus comme arthrose?	3
Avez-vous des troubles cutanés chroniques ou fréquents (eczéma, psoriasis, dermatite atopique, herpes..) ?	3
Vous sentez-vous victime d'épuisement chronique ?	3
Avez-vous des dartres ou des rougeurs de peau chroniques ?	4
Question selles: sont-elles curieuses en couleur, forme ou consistance ?	3
<b>TOTAL</b>	<b>.....</b>

## Classe de symptômes 8

Avez-vous des rages de chips, de fromages et d'autres aliments riches en calories (plus que les sucreries ou les amidons, ou autant que ces derniers) ?	4
Historique familial d'alcoolisme et dépression 3	
Aux derniers examens sanguins, les résultats indiquaient-ils un taux de cholestérol total élevé et un taux de Hdl bas ?	3
Dès que vous consommez des repas contenant des aliments gras, vous sentez-vous lourd, inconfortable, congestionné ?	4
Avez-vous un historique personnel d'hépatite ou d'autres troubles du foie ou de la vésicule ?	4
Vos selles sont-elles régulièrement claires ?	3
Vos selles sont-elles très dures ou malodorantes ?	3
Avez-vous parfois des douleurs au côté droit sous les dernières côtes ?	3
Vous sentez-vous ridée pour votre âge, la peau est-elle peu élastique ?	2
Avez-vous une peau sèche ou rugueuse, spécialement sur les jambes ou les bras ?	3
<b>TOTAL</b>	<b>.....</b>

**Dosha/énergie Vâta-vent**

**Évaluez votre proportion d'énergie vâta par un chiffre de 1 (ne s'applique pas du tout) à 6 (beaucoup).  
Calculez le total**

- Je fais les choses rapidement
- Je suis d'un naturel vif et enthousiaste
- Je suis mince et ne grossis pas facilement
- J'assimile rapidement de nouvelles choses
- Ma démarche est vive et légère
- J'ai des difficultés à prendre des décisions
- Je suis sujet aux flatulences ou à la constipation
- J'ai tendance à avoir froid aux mains et aux pieds
- Je deviens fréquemment anxieux ou inquiet
- Je supporte moins bien le temps froid que la plupart des gens
- Je parle rapidement et mes amis me trouvent bavard
- Mes humeurs changent facilement et je suis plutôt d'une nature émotive
- J'ai souvent du mal à m'endormir et mon sommeil est peu profond
- Ma peau a tendance à être sèche, particulièrement en hiver
- Mon esprit est très actif, parfois agité, mais, aussi très imaginaire
- Mes mouvements sont vifs et dynamiques ; mon énergie a tendance à jaillir par à-coups
- Je suis facilement excitable
- Quand je suis laissé à moi-même, mes habitudes de sommeil et d'alimentation ont tendance à devenir irrégulières
- J'apprends vite, mais j'oublie vite également

**Total Vâta: .....**

**Dosha/énergie Pittafeu**

**Évaluez votre proportion d'énergie pitta par un chiffre de 1 (peu) à 6 (beaucoup). Calculez le total.**

- J'ai le sentiment d'être très efficace
- Dans mes activités, j'ai tendance à être extrêmement précis et ordonné
- Je suis entêté et j'aime plutôt utiliser la manière forte
- Par temps chaud, je me sens plus mal à l'aise ou me fatigue plus facilement que la plupart des gens
- J'ai tendance à transpirer facilement
- Même si je ne le montre pas toujours, je deviens irritable ou me mets en colère très facilement
- Si je saute un repas, ou si je dois attendre pour manger, je ne me sens pas bien
- L'une des caractéristiques suivantes correspond à mes cheveux:
  - tendance à grisonner ou à une calvitie précoce
  - cheveux minces, fins et raides
  - cheveux blonds, roux, ou couleur sable
- J'ai bon appétit: si je le désire, je peux manger beaucoup
- Beaucoup de gens me trouvent têtu
- Je vais à la selle très régulièrement ; je serais plutôt enclin à des diarrhées qu'à la constipation
- Je m'impatiente très facilement
- J'ai tendance à être perfectionniste sur des détails
- Je me mets facilement en colère, mais ça passe vite
- J'adore les aliments froids tels que glaces et boissons glacées par exemple
- Je suis plus facilement enclin à ressentir qu'une pièce est trop chaude plutôt que trop froide
- Je ne supporte pas les aliments trop épicés et piquants
- Je ne tolère pas aussi bien les désaccords qu'il le faudrait
- J'aime les défis et quand je veux quelque chose, je suis très déterminé à faire des efforts pour l'obtenir
- J'ai tendance à avoir l'esprit critique sur les autres et sur moi-même

**Total Pitta .....**

### Dosha/énergie Kâpha-terre

Évaluez votre proportion d'énergie kapha par un chiffre de 1 (peu) à 6 (beaucoup). Calculez le total.

TOTAL VÂTA : ..... PITTA : ..... KAPHA : .....

- Ma tendance naturelle est de faire les choses de manière lente et calme
- Je prends du poids plus facilement que la plupart des gens et je le perds plus lentement
- Je suis d'une nature placide et calme ; je ne m'irrite pas facilement
- Je peux facilement sauter des repas sans me sentir mal
- J'ai tendance à avoir des mucosités abondantes, des glaires, des congestions chroniques, de l'asthme, ou des problèmes de sinus
- J'ai besoin d'au moins huit heures de sommeil pour me sentir bien le lendemain
- Je dors très profondément
- Je suis d'un naturel calme et ne me mets pas facilement en colère
- Je n'apprends pas aussi vite que certaines personnes, mais je me souviens très bien des choses et pendant longtemps
- J'ai tendance à l'embonpoint: je fais facilement des réserves
- Le temps frais et humide ne me convient pas
- Mes cheveux sont épais, couleur foncée et onduleux
- J'ai la peau douce et lisse, et le teint plutôt pâle
- J'ai une structure physique robuste et solide
- Les termes suivants me décrivent bien: serein, d'un naturel doux affectueux et enclin au pardon
- Ma digestion est lente, ce qui me donne une impression de lourdeur après les repas
- J'ai une très bonne résistance et de l'endurance physique, ainsi qu'un niveau d'énergie stable
- Je marche généralement d'un pas mesuré et lent
- J'ai tendance à trop dormir, à me sentir vaseux au réveil, et à m'activer lentement le matin
- Je mange lentement et suis lent et méthodique dans mes actions

**Total Kâpha: .....**

**Totalisez le nombre de réponses positives par catégorie.**

**Catégorie 1. FEMMES. Avez-vous une carence en progestérone?** (Répondez le cas échéant pour la période AVANT ménopause)

- Mes seins sont trop gros
- Avant les règles mes seins me font mal...
- ...et mon bas ventre est gonflé
- Mes règles sont abondantes
- Mes règles sont constamment douloureuses

Dix à quinze jours avant les règles:

- je suis plus agitée et plus nerveuse
- je suis plus irritable et plus agressive
- je perd le contrôle de moi même
- je me sens plus anxieuse
- j'ai un sommeil plus léger et plus agité

**Total : ...../10**

**Catégorie 2. Avez-vous une carence en cortisol ?**

- J'ai des problèmes digestifs
- Je souffre d'allergie
- Je suis stressé
- Mon coeur bat rapidement
- J'ai des coup de fatigue, suivis d'envie de salé ou sucré
- Je suis fatigué comme si j'avais la grippe
- Mon médecin dit que ma tension artérielle est basse
- Mes amis disent que je suis maigre
- Mon visage est amaigri
- Je souffre d'eczéma, d'urticaire, de psoriasis ou d'allergie sur la peau

**Total : ...../10**

**Catégorie 3. Avez-vous une carence en oestradiol ?**

- Je perds mes cheveux sur le sommet de la tête
- Des poils apparaissent sur mon visage
- De fines rides sont apparues sur mon visage
- J'ai les yeux irrités et secs
- J'ai des bouffées de chaleur
- J'ai des crises de déprime
- Je me sens toujours fatiguée
- Mes règles sont peu abondantes
- Mes cycles sont irréguliers
- Mes seins s'affaissent
- Femmes sans règles : je n'ai plus envie de faire l'amour

**Total : ...../11**

**Catégorie 4. Avez-vous une carence en triiodothyronine ?**

- J'ai du mal à me lever le matin
- Le matin, j'ai le visage bouffi ou les paupières gonflées
- J'ai les mains et les pieds toujours froids
- Je suis devenu frileux
- J'ai la peau sèche

- J'ai tendance à grossir
- Je suis constipé
- Je me sens plus fatigué au repos que lorsque je suis actif
- J'ai l'impression de vivre au ralenti
- Mes articulations sont raides le matin

**Total : ...../10**

**Catégorie 5. Avez vous une carence en DHEA ?**

- J'ai pris du ventre
- Mes muscles sont relâchés
- Mes cheveux sont secs et ternes
- Ma peau et la muqueuse de mes yeux sont sèches
- Je manque de poil au niveau des aisselles
- Je manque de poil sur le pubis
- Je manque de graisse sur le pubis (mont de Vénus aplati pour les femmes)
- Je manque de libido
- Je manque d'odeurs naturelles (sexuelles)
- Je ne supporte plus le bruit

**Total : ...../10**

**Catégorie 6. Avez-vous une carence en insuline ?**

- J'ai constamment soif
- Je suis porté sur le sucre et les sucreries
- J'urine beaucoup, le jour comme la nuit
- J'ai du ventre mais des fesses maigres
- Je cicatrise très mal

**Total : ...../5**

**Catégorie 7. Avez-vous une carence en aldostérone ?**

- Ma tension artérielle est basse
- Au réveil, j'ai la tête qui tourne
- Je me sens bien lorsque je suis allongé
- J'aime ce qui est salé (nourriture, boisson,...)
- J'urine plusieurs fois par jour

**Total : ...../5**

**Catégorie 8. Avez-vous une carence en EPO ?**

- Le moindre effort m'essouffle
- Mon teint est particulièrement pâle
- Une anémie à été diagnostiquée dans une analyse sanguine
- Mon taux d'urée à augmenté (bilan sanguin)
- Je ne connais plus le bien être

**Total : ...../5**

**Résultats finaux**

Catégorie 1	
Catégorie 2	
Catégorie 3	
Catégorie 4	
Catégorie 5	
Catégorie 6	
Catégorie 7	
Catégorie 8	

## Tableau des symptômes et des assuétudes

(traduit de *The Diet Cure*, de Julia Ross) [www.taty.be](http://www.taty.be) - questionnaire audit - page 15

Cochez ce qui vous correspond - même les répétitions, svp.

	SYMPTÔMES	ASSUÉTUDES (IMPOSSIBLE D'ARRÊTER SANS AIDE)
I	<input type="checkbox"/> Envies de sucreries, de farineux, d'alcool <input type="checkbox"/> Sautes d'humeur dues à l'hypoglycémie	<input type="checkbox"/> Sucreries <input type="checkbox"/> Farineux <input type="checkbox"/> Alcool
II	<input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Manque d'énergie <input type="checkbox"/> Manque d'allant <input type="checkbox"/> Manque de concentration <input type="checkbox"/> Hyperactivité, hyperkinésie	<input type="checkbox"/> Sucreries <input type="checkbox"/> Farineux <input type="checkbox"/> Chocolat <input type="checkbox"/> Aspartame (sucrettes) <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> Caféine <input type="checkbox"/> Cocaine <input type="checkbox"/> Speed <input type="checkbox"/> Tabac
III	<input type="checkbox"/> Stressé, épuisé <input type="checkbox"/> Incapable de se relaxer, de se laisser aller <input type="checkbox"/> Raideurs, muscles tendus	<input type="checkbox"/> Sucreries <input type="checkbox"/> Farineux <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> Valium <input type="checkbox"/> alcool
IV	<input type="checkbox"/> Très sensible à la douleur émotionnelle ou physique <input type="checkbox"/> Pleure facilement <input type="checkbox"/> Attirance forte pour certains aliments ou certaines drogues	<input type="checkbox"/> Sucreries <input type="checkbox"/> Farineux <input type="checkbox"/> chocolat <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Héroïne <input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> alcool
V	<input type="checkbox"/> Pensées négatives, dépression <input type="checkbox"/> Soucis, angoisses <input type="checkbox"/> Manque d'estime de soi <input type="checkbox"/> Pensées et comportements obsessionnels TOCs <input type="checkbox"/> Déprime d'hiver <input type="checkbox"/> Troubles prémenstruels ou durant les règles <input type="checkbox"/> Irritabilité <input type="checkbox"/> Intolérance à la chaleur <input type="checkbox"/> Panique, phobies <input type="checkbox"/> Envies alimentaires dans l'après midi ou le soir <input type="checkbox"/> Fibromyalgie <input type="checkbox"/> Difficulté à s'endormir <input type="checkbox"/> Insomnie, sommeil agité <input type="checkbox"/> Pensées suicidaires	<input type="checkbox"/> Sucreries <input type="checkbox"/> Farineux <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Chocolat <input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> Ecstasy

TEST DE PROFILAGE METABOLIQUE PROTEINE/CARBO/MIXTE traduit de [www.naturalhealthyellowpages.com](http://www.naturalhealthyellowpages.com) – www.taty.be p16

Prenez votre temps pour cocher les cases qui vous correspondent. Envoyez-moi les trois chiffres de totaux. Pour certaines questions, il est judicieux de demander l'avis d'un proche.

<i>Apparence</i>	<input type="checkbox"/>	Plus âgé que les gens de mon âge	<input type="checkbox"/>	Plus jeune que les gens de mon âge	<input type="checkbox"/>	
<i>Réserve sociale</i>	<input type="checkbox"/>	Distant, plus solitaire, je me fais des amis lentement, on apprend difficilement à me connaître	<input type="checkbox"/>	Chaleureux, ouvert, je m'exprime, je fais facilement des amis		
<i>Appétit</i>	<input type="checkbox"/>	Peu d'appétit	<input type="checkbox"/>	Grand appétit, excessif, je mange beaucoup	<input type="checkbox"/>	moyen
<i>Oppression thoracique</i>			<input type="checkbox"/>	Ma tendance		
<i>Climat</i>	<input type="checkbox"/>	J'adore les saisons chaudes	<input type="checkbox"/>	Je me sens mieux par temps frais/froid, je n'aime pas la chaleur	<input type="checkbox"/>	Egal
<i>Cicatrices, marques</i>			<input type="checkbox"/>	J'en ai facilement		
<i>Toux</i>			<input type="checkbox"/>	Je tousse souvent		
<i>Peau sèche (tout climat)</i>			<input type="checkbox"/>	Ma tendance		
<i>Pellicules</i>			<input type="checkbox"/>	Ma tendance		
<i>Goûts sucrés</i>	<input type="checkbox"/>	J'adore les sucreries, j'en ai besoin à chaque repas pour être satisfait	<input type="checkbox"/>	Les desserts me sont égaux ; je préfère en collation un aliment gras et/ou salé (fromage, chips, popcorn)	<input type="checkbox"/>	L'un et l'autre
<i>Digestion</i>	<input type="checkbox"/>	Je digère lentement, pas tout, pas très bien	<input type="checkbox"/>	Je digère tout, assez vite	<input type="checkbox"/>	J'ai une digestion moyenne
<i>Si je mange avant le coucher</i>	<input type="checkbox"/>	Je dors moins bien, surtout après de la nourriture lourde	<input type="checkbox"/>	Je dors mieux	<input type="checkbox"/>	C'est égal, mais les collations lourdes de fin de soirée ne me réussissent pas
<i>Manger ?</i>	<input type="checkbox"/>	Il faut manger pour vivre ; cela n'est pas ma préoccupation essentielle	<input type="checkbox"/>	« Je vis pour manger » ; je dois manger souvent pour me sentir au mieux	<input type="checkbox"/>	Je suis dans la moyenne pour les horaires et choix de repas
<i>Expression des émotions</i>	<input type="checkbox"/>	J'exprime mes émotions avec difficulté, je ne suis pas démonstratif	<input type="checkbox"/>	J'exprime facilement mes émotions		
<i>Emotions</i>	<input type="checkbox"/>	Sous contrôle, je suis un profil non émotionnel, je garde mes émotions pour moi	<input type="checkbox"/>	J'ai le cœur en bandoulière, on sait toujours ce que je ressens		
<i>Yeux</i>	<input type="checkbox"/>	J'ai les yeux plutôt secs	<input type="checkbox"/>	J'ai les yeux plutôt humides, parfois larmoyants		



<i>Tendance du visage</i>	<input type="checkbox"/>	Pâle, crayeuse	<input type="checkbox"/>	Rosée, rougeurs parfois		
<i>Peau du visage</i>	<input type="checkbox"/>	Facilement terne, peu lumineuse	<input type="checkbox"/>	Claire, lumineuse		
<i>Aliments gras (que vous digérez ou non)</i>	<input type="checkbox"/>	Je préfère m'en passer	<input type="checkbox"/>	J'adore ces aliments, je voudrais en manger souvent	<input type="checkbox"/>	Ça m'est égal
<i>Réaction aux aliments gras</i>	<input type="checkbox"/>	Diminue mon énergie, mon bien être	<input type="checkbox"/>	Améliore ma sensation de bien être	<input type="checkbox"/>	Moyen
<i>Ongles</i>	<input type="checkbox"/>	Durs, épais, forts	<input type="checkbox"/>	Fins, fragiles, mous		
<i>Si je passe 4 heures sans manger</i>	<input type="checkbox"/>	Cela ne fait rien	<input type="checkbox"/>	Je suis irritable, je me sens faible ou déprimé	<input type="checkbox"/>	Je sens une faim normale
<i>Chair de poule</i>	<input type="checkbox"/>	J'ai facilement la chair de poule	<input type="checkbox"/>			
<i>Mes gencives saignent</i>			<input type="checkbox"/>	Quand je me brosse les dents		
<i>Couleur des gencives</i>	<input type="checkbox"/>	Clares, pâles	<input type="checkbox"/>	Fondées, roses, rouges		
<i>Sensation de faim</i>	<input type="checkbox"/>	Ça passe vite, je peux rester longtemps sans manger	<input type="checkbox"/>	J'ai souvent faim, je dois manger souvent et régulièrement	<input type="checkbox"/>	Uniquement quand je suis en retard pour manger, pas entre les repas
<i>Piqûres d'insectes</i>	<input type="checkbox"/>	Réaction faible, disparaît vite	<input type="checkbox"/>	Réaction forte, durable		
<i>Irritation des yeux</i>			<input type="checkbox"/>	Ça m'arrive (souvent)		
<i>Démangeaisons de peau</i>			<input type="checkbox"/>	Ça m'arrive (souvent)	<input type="checkbox"/>	Normal
<i>Jeûne hydrique ou au jus</i>	<input type="checkbox"/>	Ça me réussit très bien, je me sens bien	<input type="checkbox"/>	Je me sens vraiment mal	<input type="checkbox"/>	OK, je peux jeûner s'il le faut
<i>Portions</i>	<input type="checkbox"/>	Je préfère de petites portions	<input type="checkbox"/>	Je mange de grandes portions ; ou je mange souvent	<input type="checkbox"/>	Entre les deux
<i>Si je bois du jus d'orange en dehors d'un repas</i>	<input type="checkbox"/>	Ça me donne de l'énergie, je suis satisfait	<input type="checkbox"/>	Cela peut me donner faim, me rendre nauséux ou nerveux	<input type="checkbox"/>	Rien de spécial
<i>Pommes de terre</i>	<input type="checkbox"/>	Je n'en suis pas fana	<input type="checkbox"/>	J'en mangerais tous les jours, j'adore	<input type="checkbox"/>	C'est égal
<i>Viande rouge (steak ou rosbif)</i>	<input type="checkbox"/>	Je me sens moins énergique, je me sens moins bien	<input type="checkbox"/>	Je me sens plus énergique, je me sens mieux	<input type="checkbox"/>	Entre les deux
<i>Quantité de salive</i>	<input type="checkbox"/>	J'ai plutôt la bouche sèche	<input type="checkbox"/>	Je produis beaucoup de salive		
<i>Texture de salive</i>	<input type="checkbox"/>	Plutôt épaisse, visqueuse	<input type="checkbox"/>	Plutôt aqueuse, diluée		
<i>Aliments salés</i>	<input type="checkbox"/>	Les aliments sont souvent trop salés	<input type="checkbox"/>	J'adore ce qui est salé (jusqu'à la compulsion)	<input type="checkbox"/>	Moyen
<i>Cicatrisation</i>	<input type="checkbox"/>	Je cicatrise lentement	<input type="checkbox"/>	Je cicatrise vite	<input type="checkbox"/>	Entre les deux
<i>Peau moisture</i>	<input type="checkbox"/>	J'ai la peau sèche	<input type="checkbox"/>	J'ai la peau grasse	<input type="checkbox"/>	Entre les deux

<i>Quand je dois sauter un repas</i>	<input type="checkbox"/>	Ok, pas d'impact négatif	<input type="checkbox"/>	Je dois manger souvent ou régulièrement	<input type="checkbox"/>	Je peux sauter un repas, mais je me sens mieux avec trois repas
<i>Collations entre les repas</i>	<input type="checkbox"/>	Rarement envie	<input type="checkbox"/>	Souvent		
<i>Eternuements (tout moment du jour)</i>			<input type="checkbox"/>	Ça m'arrive régulièrement		
<i>Aliments acides comme vinaigre, citron, choucroute, yaourt</i>	<input type="checkbox"/>	Ça m'est égal, je n'en suis pas fou	<input type="checkbox"/>	J'aime beaucoup	<input type="checkbox"/>	J'aime parfois
<i>Douceurs</i>	<input type="checkbox"/>	Je me sens bien en en consommant	<input type="checkbox"/>	Je ne me sens pas bien, les aliments ont parfois un goût trop sucré	<input type="checkbox"/>	Ni l'un ni l'autre
<i>Un repas végétarien</i>	<input type="checkbox"/>	Me satisfait	<input type="checkbox"/>	Ne me satisfait pas (ou je me sens moins bien), j'ai vite faim	<input type="checkbox"/>	Ok mais je ne suis pas tout à fait satisfait après
<i>Respiration sifflante</i>			<input type="checkbox"/>	Ça m'arrive régulièrement		
<i>Si je mange des protéines animales au PETIT DEJEUNER (jambon, bacon, saucisse, saumon...)</i>	<input type="checkbox"/>	Je suis léthargique après, fatigué, j'ai soif en cours de matinée	<input type="checkbox"/>	Je me sens énergétisé, je peux tenir jusqu'au déjeuner	<input type="checkbox"/>	Ok, mais pas trop
<i>Si je mange des protéines animales à MIDI (jambon, bacon, saucisse, saumon...)</i>	<input type="checkbox"/>	Je suis léthargique après, fatigué, je n'ai plus d'énergie pour l'après-midi	<input type="checkbox"/>	Je me sens énergétisé, je peux tenir jusqu'au soir	<input type="checkbox"/>	Ok, mais pas trop
<i>Si je me sens un peu down</i>	<input type="checkbox"/>	Je mange des fruits, des pâtisseries, des bonbons pour retrouver de l'énergie durable ; la viande ou les graisses me fatiguent	<input type="checkbox"/>	Je mange de la viande ou des aliments gras pour retrouver de l'énergie ; les fruits, les pâtisseries ou les bonbons m'aggravent (me donnent un coup de peps... puis je m'effondre)	<input type="checkbox"/>	Je récupère de l'énergie en mangeant n'importe quoi
<i>En société,</i>	<input type="checkbox"/>	Je suis introverti, timide, calme, je parle peu	<input type="checkbox"/>	Extraverti, sociable, je m'exprime, j'entame facilement les conversations		
<b>TOTAL GENERAL PAR COLONNE</b>	....		.....		.....	
		<i>Type carbo/glucides</i>		<i>Type protéiné</i>		<i>Type mixte</i>