

Ce questionnaire est **une approche innovante du Laboratoire NUTERGIA** permettant d'obtenir votre profil bionutritionnel. Il offre **une vision d'ensemble de vos déséquilibres** liés à des excès ou des carences en micronutriments : vitamines, oligoéléments, acides gras, antioxydants etc.

Il comporte **81 questions** sur les habitudes alimentaires, le mode de vie, l'environnement ainsi que les troubles et signes de dysfonctionnement.

Votre praticien interprétera vos résultats et pourra vous proposer une complémentation bionutritionnelle spécifique ainsi que des conseils alimentaires et d'hygiène de vie adaptés.

Les + de l'outil :

Rapide, personnalisé, confidentiel et réalisé par des professionnels de santé.



Un questionnaire complet et détaillé, se traduisant par un histogramme qui transcrit la portée des perturbations de chaque terrain.



À remplir en MAJUSCULES

Date* : Sexe* : Féminin Masculin

Nom* : Prénom* :

Adresse :

Code Postal* : Ville* : Pays* :

Mail* : Téléphone :

(Indispensable pour l'ouverture de l'espace personnel)

Date de naissance* : Taille (m)* : Poids (kg)* :

(Taille et poids indispensables pour le calcul de l'IMC)

Observations particulières du Praticien :

.....

.....

.....

.....

Cachet du Praticien

E-mail :

Si votre réponse est **OUI**, cocher la case. Lorsque plusieurs troubles sont cités, la présence d'un seul suffit pour cocher.

VOS HABITUDES ALIMENTAIRES

- 1 Consommez-vous de la viande et de la charcuterie (y compris jambon) plus de 5 fois par semaine ?
- 2 Consommez-vous plus de 2 fois par semaine des plats industriels : congelés, conserves ou plats préparés ?
- 3 Consommez-vous chaque jour au minimum 2 produits au lait de vache et ses dérivés (yaourt, béchamel, gruyère, glace, crème dessert...) ?
- 4 Consommez-vous du poisson gras (saumon sauvage, thon, maquereau, sardine, anchois...) frais ou en conserve au moins 2 fois par semaine ?
- 5 Utilisez-vous quotidiennement de l'huile d'olive « vierge 1^{re} pression à froid et bio » ?
- 6 Utilisez-vous quotidiennement d'autres huiles « vierges 1^{re} pression à froid et bio » (colza, noix, tournesol, lin...) ?
- 7 Mangez-vous plus de 3 fois par semaine des aliments de type pâtisseries, viennoiseries, quiches, tartes, ou produits à base de pâte feuilletée ?
- 8 Mangez-vous en moyenne plus de 3 fois par semaine dans les fast-foods, cantines ou restaurants ?
- 9 Consommez-vous plus de 2 sucreries par jour : biscuits, gâteaux, barres de céréales, confiseries, chocolat, sodas, jus de fruits, sirop, miel (plus de 2 cuillères à soupe) ou sucre (plus de 10 g = 2 morceaux ou dosettes) ?
- 10 Consommez-vous chaque jour plusieurs fruits et légumes crus de saison ?
- 11 Consommez-vous chaque jour au moins une portion de légumes de saison cuits à la vapeur (ni autocuiseur, cocotte et micro-ondes) ?
- 12 Consommez-vous régulièrement des produits biologiques ou de votre jardin (non traités) ?
- 13 Avez-vous l'habitude de faire un repas plus copieux (plus calorique) le soir que le midi ?
- 14 Mangez-vous à heures régulières, dans le calme, assis(e) et sans télévision ?
- 15 Sautez-vous l'un des 3 principaux repas plus d'une fois par semaine (petit-déjeuner, déjeuner, dîner) ?
- 16 Faites-vous un régime hypocalorique avec restriction alimentaire ?
- 17 Buvez-vous plus d'1/2 litre d'eau par jour en dehors des repas ?

VOUS ET VOTRE ENVIRONNEMENT

- 18 Votre peau est-elle sèche (y compris eczéma, engelures, crevasses...), rugueuse ou à tendance acnéique ?
- 19 Souffrez-vous régulièrement de troubles ORL (rhumes, sinusites, otites) ou d'allergies diverses (respiratoires ou alimentaires) ?
- 20 Perdez-vous vos cheveux de façon importante ou sont-ils dévitalisés ?
- 21 Fumez-vous plus de 5 cigarettes par jour ou buvez-vous plus d'un verre d'alcool fort ou plus de 2 verres de vin chaque jour ?
- 22 Possédez-vous plus de 3 amalgames (plombages dentaires autres que résine) ou couronnes métalliques en bouche ?
- 23 Vivez-vous dans un environnement urbain pollué ou êtes-vous en contact quotidiennement avec des produits chimiques (ex : peintre, coiffeur, blanchisseur...) ?
- 24 Avez-vous un excès de cholestérol, de triglycérides, d'acide urique ou des calculs ?
- 25 Êtes-vous facilement essouffé(e) en montant les escaliers ou êtes-vous traité(e) pour l'hypertension ou pour des troubles cardiovasculaires ?

VOTRE DIGESTION

- 26 Avez-vous des problèmes de transit intestinal (diarrhées, constipation) ?
- 27 Après un gros repas, souffrez-vous de maux de tête ?
- 28 Avez-vous régulièrement la langue blanche, pâteuse ou l'haleine chargée ?
- 29 Avez-vous une digestion lente, difficile ou des ballonnements ?

VOS TROUBLES MAJEURS

- 30 Vous plaignez-vous de douleurs musculaires chroniques ou souffrez-vous de décalcification (ostéoporose) ?
- 31 Vos gencives sont-elles sensibles, enflammées ou sujettes aux saignements ?
- 32 Êtes-vous frileux(se) ou de plus en plus frileux(se) ?
- 33 Ressentez-vous un désir fréquent de consommer des produits sucrés (plusieurs fois par jour) ?
- 34 Si vous sautez un repas ou s'il est retardé, vous sentez-vous irritable ou fatigué(e) ?
- 35 Avant les repas, ressentez-vous une baisse de l'attention, de la concentration ou une hypernervosité ?
- 36 Souffrez-vous régulièrement de vertiges, nausées ou maux de tête ?
- 37 Vous sentez-vous stressé(e) par votre vie quotidienne ou surmené(e) par des soucis personnels ou professionnels ?
- 38 Êtes-vous actuellement particulièrement nerveux(se), anxieux(se) ou fatigué(e) d'un point de vue psychologique ?
- 39 Avez-vous une humeur dépressive, éprouvez-vous une perte d'intérêt ou de plaisir pour ce que vous aimiez faire auparavant ?
- 40 Ressentez-vous un manque de sommeil réparateur (difficultés d'endormissement, sommeil agité, réveils nocturnes) ?
- 41 Souffrez-vous régulièrement de mal au dos ?
- 42 Avez-vous des tâches cutanées, des rides marquées et/ou une diminution de l'élasticité cutanée que vous estimez prématurées pour votre âge ?
- 43 Depuis un an votre vue a-t-elle changé ou souffrez-vous de fatigue ou pathologie oculaire (cataracte, DMLA) ?
- 44 Souffrez-vous d'une diminution de la mobilité articulaire ou de douleurs mécaniques liées à l'arthrose ?
- 45 Vous sentez-vous vieillir prématurément ?

POUR LES FEMMES UNIQUEMENT

- 46 Êtes-vous sujette à des troubles prémenstruels (rétention d'eau, prise de poids, maux de tête, douleurs mammaires, irritabilité...) ?
- 47 Utilisez-vous un contraceptif hormonal (pilule, dispositif intra-utérin, implant sous-cutané) ?
- 48 Avez-vous des règles irrégulières ou avez-vous des difficultés à avoir un enfant ?
- 49 Ressentez-vous des troubles liés à la pré-ménopause ou à la ménopause (bouffées de chaleur, prise de poids...) ?
- 50 Êtes-vous sujette aux pertes blanches, brûlures, démangeaisons vaginales ou infections génitales ?

POUR LES HOMMES UNIQUEMENT

- 51 Avez-vous observé depuis quelques temps un besoin d'uriner plus fréquent ?

POUR LES ENFANTS UNIQUEMENT

- 52 Est-il agité, à tendance hyperactive ou stressé ?
- 53 Est-il en période de croissance intense ?

VOS AUTRES TROUBLES

- 54 Souffrez-vous fréquemment d'asthme ou de troubles cutanés tels qu'eczéma, psoriasis, dermatite atopique ?
- 55 Avez-vous des taches blanches sur les ongles ou sont-ils striés, cassants, mous ?
- 56 Ressentez-vous un inconfort cutané : picotements, tiraillements, démangeaisons, vergetures ?

VOS AUTRES TROUBLES (SUITE)

- 57 Êtes-vous quotidiennement exposé(e) aux pollutions électromagnétiques (écrans, wifi, téléphone portable, ligne haute tension, four micro-ondes...)?
- 58 Pratiquez-vous peu ou pas du tout d'activité physique ou marche rapide (moins d'1h30 par semaine)?
- 59 Constatez-vous une localisation de masse grasse importante au niveau abdominal?
- 60 Souffrez-vous de sueurs nocturnes ou transpirez-vous de façon importante pendant la journée?
- 61 Vous plaignez-vous fréquemment de douleurs intestinales (colites), ballonnements et flatulences?
- 62 Vous réveillez-vous régulièrement en seconde partie de nuit, entre 1h et 3h du matin?
- 63 Avez-vous suivi un traitement antibiotique prolongé (plus d'un mois) ou répété au cours des 6 derniers mois?
- 64 Souffrez-vous régulièrement de démangeaisons anales ou génitales?
- 65 Avez-vous régulièrement des caries, des gingivites, des déchaussements dentaires ou des aphtes?
- 66 Souffrez-vous régulièrement de crampes, courbatures ou tendinites?
- 67 Ressentez-vous des brûlures à la miction ou souffrez-vous d'infections urinaires à répétition?
- 68 Avez-vous les cheveux et/ou le teint ternes?
- 69 Au quotidien, souffrez-vous de somnolence ou d'inconfort après les repas?
- 70 Avez-vous des signes de spasmophilie ou de tétanie?
- 71 Ressentez-vous des besoins de stimulants tels que café, thé, alcool, tabac, boisson énergisante?
- 72 Ressentez-vous régulièrement des « fringales » avant les repas?
- 73 Souffrez-vous de difficultés de mémorisation ou de troubles de la concentration?
- 74 Ressentez-vous régulièrement une perte d'énergie ou un épuisement nerveux?
- 75 Éprouvez-vous un sentiment de dévalorisation ou de manque de confiance en vous?
- 76 Avez-vous vécu un évènement particulièrement stressant et/ou que vous ne parvenez pas à surmonter psychologiquement?
- 77 Vous souvenez-vous plus facilement des évènements anciens que des évènements récents?
- 78 Ressentez-vous des troubles de l'équilibre, vertiges, bourdonnements d'oreilles ou entendez-vous moins bien qu'avant?
- 79 Suivez-vous un traitement médicamenteux de longue durée (autre qu'homéopathie ou nutrithérapie)?
- 80 Avez-vous l'habitude de vous exposer de façon excessive au soleil ou avez-vous pris de nombreux coups de soleil depuis votre petite enfance?
- 81 Au réveil, avez-vous les muscles et les articulations rigides?

Ce questionnaire et les données personnelles renseignées font l'objet d'un traitement informatique **indispensable pour obtenir votre profil bionutritionnel personnalisé ioMET®**. Les données personnelles ainsi collectées sont **uniquement** destinées à votre Professionnel de santé. NUTERGIA n'a aucun accès à vos données personnelles et à vos réponses, qui ne sont pas enregistrées. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez en justifiant de votre identité exercer votre droit d'accès, de modification, de rectification ou de suppression des informations vous concernant auprès de votre Professionnel de santé.