

Avez-vous besoin de faire une cure de détoxification ?

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

Echelle	0 - Jamais ou presque jamais présenté le symptôme 1 - Présenté le symptôme de manière occasionnelle, effet non sévère 2 - Présenté le symptôme de manière occasionnelle, effet sévère 3 - Présenté le symptôme fréquemment , effet non sévère 4 - Présenté le symptôme fréquemment , effet sévère	
TETE	_____ maux de tête _____ faiblesse _____ vertige _____ insomnie	TOTAL _____
YEUX	_____ qui pleurent ou qui démangent _____ gonflés, rouges ou paupières collantes _____ poches ou cernes sous les yeux _____ vision floue ou rétrécissement du champ visuel (non inclus : mauvaise vision de loin ou de près)	TOTAL _____
OREILLES	_____ démangeaisons _____ douleurs, infections _____ écoulement des oreilles _____ bourdonnement, perte de l'ouïe	TOTAL _____
NEZ	_____ nez bouché _____ problèmes sinusaux _____ rhume des foins _____ crises d'éternuement _____ formation excessive de mucus	TOTAL _____
BOUCHE/ GORGE	_____ toux chronique _____ besoin fréquent de se racler la gorge, étouffements _____ gorge sensible, enrrouement, perte de voix _____ langue, gencives, lèvres enflées ou décolorées _____ aphtes	TOTAL _____
PEAU	_____ acné _____ urticaire, rougeur, peau sèche _____ perte de cheveux _____ rougeur et chaleur _____ transpiration excessive	TOTAL _____
CŒUR	_____ battements irréguliers _____ battements rapides ou saccadés _____ douleurs de poitrine	TOTAL _____
POUMONS	_____ congestion pulmonaire _____ asthme, bronchite _____ court d'haleine _____ difficulté de respirer	TOTAL _____

SYSTEME
DIGESTIF

- _____ nausées, vomissements
- _____ diarrhée
- _____ constipation
- _____ ballonnements
- _____ éructations, gaz
- _____ brûlures d'estomac
- _____ douleurs aux intestins/ à l'estomac

TOTAL _____

ARTICULATIONS/
MUSCLES

- _____ douleurs articulaires
- _____ arthrite
- _____ raideur ou limitation dans les mouvements
- _____ douleurs musculaires
- _____ sentiment de faiblesse ou de fatigue

TOTAL _____

POIDS

- _____ boulimie (aliment/boisson)
- _____ envie irrésistible de certains aliments
- _____ poids excessif
- _____ besoin compulsif de manger
- _____ rétention d'eau
- _____ poids insuffisant

TOTAL _____

ENERGIE/
ACTIVITE

- _____ fatigue, lenteur
- _____ apathie, léthargie
- _____ hyperactivité
- _____ agitation

TOTAL _____

SYSTEME
NERVEUX

- _____ mauvaise mémoire
- _____ confusion, mauvaise compréhension
- _____ difficulté de concentration
- _____ mauvaise coordination physique
- _____ difficulté à la prise de décision
- _____ balbutiement, bégaiement
- _____ élocution inarticulée
- _____ incapacité d'apprendre

TOTAL _____

EMOTIONS

- _____ humeur changeante
- _____ anxiété, peur, nervosité
- _____ colère, irritabilité, agressivité
- _____ dépression

TOTAL _____

AUTRES

- _____ maladies fréquentes
- _____ besoin d'uriner fréquent ou urgent
- _____ démangeaisons ou pertes génitales

TOTAL _____

TOTAL GENERAL _____

**Pour identifier la cure de nettoyage la plus approprié contactez
Dominique Abran , Naturopathe Agréée. 514-814-8784**