

NOM _____ DATE : ____/____/____

Questionnaire court des symptômes par système

Pointage : 0 = jamais 1= bénin et occasionnel 2= sévère et occasionnel 3= bénin et fréquent 4= sévère et fréquent

Tête/visage

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mal de tête | <input type="checkbox"/> Étourdissements |
| <input type="checkbox"/> Migraine (douleur d'un côté ou près d'un œil) | <input type="checkbox"/> Douleur au visage |
| TOTAL <input type="checkbox"/> | |

Yeux/nez/oreilles/gorge

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Paupières enflées | <input type="checkbox"/> Douleur aux oreilles |
| <input type="checkbox"/> Vision floue (sans myopie ou presbytie/hypermétropie) | <input type="checkbox"/> Démangeaisons aux oreilles |
| <input type="checkbox"/> Yeux qui piquent ou larmoyants | <input type="checkbox"/> Cillements d'oreille |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de sinus | <input type="checkbox"/> Gorge irritée |
| <input type="checkbox"/> Crises d'éternuements | <input type="checkbox"/> Toussotement, besoin de se clarifier la gorge |
| <input type="checkbox"/> Excès de mucus qui s'accumule | <input type="checkbox"/> Lèvres, langue ou gencive enflées ou décolorées |
| TOTAL <input type="checkbox"/> | |

Système digestif

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Brûlement d'estomac |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Nausée |
| <input type="checkbox"/> Ballonnements | <input type="checkbox"/> Vomissement |
| <input type="checkbox"/> Érucations, gaz | <input type="checkbox"/> Difficulté à digérer (protéines, sucres ou gras) |
| TOTAL <input type="checkbox"/> | |

Système cardiovasculaire

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Douleur au thorax | <input type="checkbox"/> Mains et pieds froids |
| <input type="checkbox"/> Battements cardiaques irréguliers | <input type="checkbox"/> Enflure des chevilles |
| <input type="checkbox"/> Battements cardiaques rapides ou forts | <input type="checkbox"/> Jambes lourdes |
| <input type="checkbox"/> Battements cardiaques lents | <input type="checkbox"/> Varices ou hémorroïdes |
| TOTAL <input type="checkbox"/> | |

Système respiratoire

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Difficulté à inspirer | <input type="checkbox"/> Essoufflement |
| <input type="checkbox"/> Sifflements à l'expiration | <input type="checkbox"/> Tendance aux infections (rhume, grippe, bronchite, pneumonie) |
| TOTAL <input type="checkbox"/> | |

Système cutané (peau)

Acné

Sudation excessive

Peau sèche

TOTAL

Eczéma

Perte de cheveux

Ongles cassants

Systèmes ostéoarticulaire et musculaire

Douleurs articulaires

Doigts enflés et douloureux le matin

Douleurs musculaires

TOTAL

Crampes musculaires

Raideur ou limitation de mouvement

Douleur au dos ou au cou

Système nerveux/émotions

Manque de mémoire

Difficulté de concentration

Hyperactif

Difficulté d'élocution

TOTAL

Difficulté à penser

Anxiété, peur

Colère, irritabilité

Tristesse, se sent déprimé

Système rénal

Infection urinaire

Infection rénale

Urine involontairement

TOTAL

Urine beaucoup ou fréquemment

Sensation de brûlure en urinant

Urine la nuit

Symptômes généraux

Poids excessif

Poids insuffisant

Rétention d'eau

Mange compulsivement

Évite de manger pour ne pas prendre du poids

TOTAL

Mange beaucoup

Rage de certains aliments

Fatigue

Agitation

Absence de soif

GRAND TOTAL