

Bilan Physio-Phytonutrition

Report Bilan FENIOUX



Fonction hépatique et digestive (F)			
Équilibre glycémique (E)			
Neurotransmetteurs (N)			
Intoxication (I)			
Oxydation (O)			
Équilibre Acido-Basique (U)			
Acides Gras Essentiels (X)			

Nom / Prénom :

	Dates visites
1 ^{er} Visite Bilan	
Visite 2	
Visite 3	

Terrain F - Fonction hépatique et digestive

Mangez-vous plus de 3 fois par semaine au restaurant, cantine ou autre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre repas du soir est-il plus copieux que celui du midi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes de diarrhée ou de constipation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous des maux de tête après un repas copieux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous la langue blanche ou pâteuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une digestion difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous une perte de désir pour la nourriture ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous périodiquement des brûlures d'estomac ou nausées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous sujet à des ballonnements ou flatulences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous réveillez-vous régulièrement entre 1H et 3H du matin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terrain F - Fonction hépatique et digestive			

Terrain E - Équilibre Glycémique

Consommez-vous au moins 3 fois par semaine des pâtisseries ou viennoiseries ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous fréquemment une attirance pour des produits sucrés au quotidien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous arrive-t-il de sauter un des 3 principaux repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous suivi un régime durant les 6 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous une baisse de vigilance en milieu de matinée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous une fatigue ou irritabilité avant de manger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous un état de somnolence après les repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous un épuisement nerveux ou physique durant la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous parfois un sentiment de vide, vertiges ou tremblements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous une sensation de faim entre les repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terrain E - Équilibre Glycémique			

Terrain N - Neurotransmetteurs (Dopamine-Sérotonine-GABA)

Mangez-vous rapidement et/ou à heure irrégulière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous une baisse d'attention ou de concentration ou une nervosité avant les repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous du stress au quotidien lié à des soucis personnels ou professionnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous au quotidien une fatigue nerveuse ou anxiété d'un point de vue psychologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous une baisse d'intérêt et un sentiment de déprime ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous des difficultés de sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faites-vous moins d'1h30 d'activité physique (sport, marche) par semaine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous actuellement un manque de confiance ou une dévalorisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous vécu un évènement insurmontable psychologiquement durant votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous des manifestations de spasmophilie ou tétanie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terrain N - Neurotransmetteurs (Dopamine-Sérotonine-GABA)			

Terrain I – Intoxication			
Mangez-vous régulièrement de la viande, charcuterie ou plats préparés durant la semaine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des amalgames dentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous quotidiennement des produits laitiers bovins (fromage, yaourt, crème fraîche...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumez-vous ou consommez-vous de l'alcool quotidiennement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous sujet au cholestérol, triglycérides, acide urique, ou calculs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au quotidien, êtes-vous exposé aux appareils électro-magnétiques (écran, portable, wi-fi) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu un traitement antibiotique ou anti-inflammatoire durant les 6 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous besoin de stimulants tels que café, thé, alcool, tabac ... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un traitement médicamenteux de longue durée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous exposez-vous au soleil régulièrement et excessivement depuis votre enfance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terrain I - Intoxication			

Terrain O – Oxydation			
Consommez-vous quotidiennement peu ou pas des fruits et légumes crus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous peu ou pas de légumes cuits à la vapeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous peu ou pas de produits biologiques ou du jardin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un besoin d'uriner plus fréquent ou anormal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observez-vous une dévitalisation ou perte de vos cheveux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des dysfonctionnements cardiovasculaires ou ressentez-vous des essoufflements lors d'un simple effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des taches cutanées, rides et ridules ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous une perte de mobilité articulaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous un vieillissement prématuré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous des pertes d'équilibre ou des gênes auditives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terrain O - Oxydation			

Terrain U - Équilibre Acido-Basique			
Buvez-vous moins d'un demi-litre d'eau par jour hors repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous plaignez-vous de gênes musculaires et tendineuses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous une sensibilité de vos gencives ainsi que des saignements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous une frilosité régulièrement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous sujet au mal de dos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous sujet à une transpiration abondante ou odorante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous sujet à des crampes ou avez-vous des acidités digestives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous des gênes urinaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous régulièrement des tremblements musculaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous sur les ongles des taches blanches, ou sont-ils striés ou cassants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terrain U - Équilibre Acido-Basique			

Terrain X - Acides Gras Essentiels			
Votre alimentation est-elle déficiente en poissons gras ? (- de 2 fois par semaine (thon, saumon, maquereau...))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous peu ou pas d'huile d'olive(*) pour vos cuissons et assaisonnements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisez-vous une seule huile (*vierge première pression à froid) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous la peau sèche ou d'autres désagréments cutanés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes ORL ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des gênes respiratoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous des démangeaisons ou picotements au niveau cutané ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous une déficience de mémorisation et de concentration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retenez-vous plus facilement le passé que le présent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous une sécheresse oculaire avec picotements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terrain X - Acides Gras Essentiels			