



Questionnaire d'Evaluation Rapide ⁱ

Groupe 1

Etes-vous sensible à la douleur émotionnelle (ou physique), pleurez-vous facilement ?	
Compensez-vous par la nourriture (pour le plaisir, pour vous récompenser ou pour atténuer les douleurs mentales) ?	
Vous inquiétez-vous facilement, souffrez-vous de phobies, d'angoisses ou de paniques ?	
Avez-vous des difficultés à vous endormir ou des réveils nocturnes ?	
Avez-vous vous des difficultés à vous concentrer ?	
Etes-vous peu énergique au lever ? Le lever est-il difficile même après une nuit de sommeil ?	
Avez-vous des pensées ou des comportements obsessionnels (si pas des TOCs) ?	
Avez-vous du mal à vous détendre après un moment de stress ou de tension ?	
Etes-vous pour l'instant en dépression ? Sinon, avez-vous vous souvent des idées noires ?	
Avez-vous peu d'estime de vous-même ?	
Vos problèmes d'humeur et d'appétit s'aggravent-ils en hiver ou à la fin du jour ?	
Etes-vous facilement irritable ou colérique ?	
Compensez-vous le stress par de l'alcool ou des drogues ?	
Utilisez-vous du Prozac ou d'autres aides médicales (sérotonine) ?	
Total	

Remarque : _____

Groupe 2

Etes-vous obnubilé par la nourriture depuis que vous avez commencé les régimes ? ou êtes-vous un outremangeur (vous avez des rages de manger) ?	
---	--

Reprenez-vous du poids après un régime (parfois plus que les kilos perdus) ?	
Avez-vous des sursauts de mélancolie, d'irritabilité, d'angoisse, de dépression que vous ne connaissiez pas avant les régimes ?	
Vous sentez-vous moins énergique, moins endurant qu'avant les régimes ?	
Consommez-vous moins de 2.100 calories par jour (c'est-à-dire moins que ce que l'on consomme en alimentation classique)	
Sautez-vous des repas, en particulier le petit déjeuner ?	
Mangez-vous de préférence des produits allégés (pauvres en calories)	
Pensez-vous constamment à votre poids ?	
Utilisez-vous du faux sucre au quotidien (aspartame, Canderel, produits allégés)?	
Votre confiance en vous-même a diminué depuis le début des régimes?	
Etes-vous devenu (ou avez-vous été) boulimique ou anorexique ?	
Total	

Remarque : _____

Groupe 3

Les repas vous rendent-ils somnolents ?	
Etes-vous nerveux ou irritable par moments au cours de la journée et vous sentez-vous plus calme après les repas ?	
Si vous sautez un repas ou s'il est retardé, si vous ne pouvez petit déjeuner, ressentez-vous des vertiges ou des maux de tête, vous sentez-vous fatigué, irritable ou angoissé(e) ?	
Avez-vous des rages de salé ___ ou un désir fréquent de sucre ___ ? Option : à moment de la journée ? _____	
Votre pouls est-il rapide (>80) ? Avez-vous des palpitations cardiaques ?	
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) ?	

Lorsque vous prenez du poids, se concentre-t-il autour des hanches et de la taille ?	
Hors ménopause, avez-vous des sueurs nocturnes ?	
Avez-vous souvent soif (une réelle soif, pas une habitude prise après les régimes) ?	
Avez-vous parfois des envies de pleurer subites sans raison ?	
Y a-t-il une histoire de diabète, d'hypoglycémie, d'alcoolisme dans votre famille ?	
Vivez-vous des périodes de confusion mentale, avez-vous l'impression que votre mémoire s'affaiblit ? Avez-vous des pertes d'énergie, des épuisements nerveux périodiques ?	
Avez-vous des marques sur les jambes qui mettent longtemps à cicatriser ?	
Vous sentez-vous souvent stressé, submergé ?	
Avez-vous des cernes sous les yeux, même avec des nuits normales de sommeil ?	
Total	

Remarque : _____

Groupe 4

Vous sentez-vous peu énergique ? Fatigué même au réveil ?	
Etes-vous facilement frileux (surtout des mains et des pieds) ?	
Historique familial de troubles de la thyroïde	
Prenez-vous du poids même sans manger trop ?	
Perdez-vous difficilement du poids ?	
Devez-vous vous forcer pour faire de l'exercice, même doux ?	
Avez-vous de la peine à vous mettre en route le matin ?	
Vos récents examens sanguins indiquent-ils un taux de cholestérol total élevé ou bas ? (notez le rapport cholestérol total/Hdl :)	
Votre tension artérielle est-elle faible en permanence ?	

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 ?	
Souffrez-vous de maux de tête chroniques (pas nécessairement de migraines) ?	
Vous mettez-vous en route avec du café, du tabac, certains aliments ou d'autres stimulants ?	
Total	

Remarque : _____

Groupe 5

Avez-vous des fringales de lait, de crème glacée, de yaourt, de fromage ou du trio pâtes/pains/biscuits ?	
En mangez-vous très régulièrement ?	
Etes-vous facilement ballonné après les repas ?	
Souffrez-vous de migraines (réelles, pas de maux de tête) ?	
Souffrez-vous de gaz et/ou d'éructions fréquentes ?	
Souffrez-vous d'inconforts digestifs (tout type, acidité d'estomac, nausées faciles, bouche pâteuse au réveil, reflux gastrique, etc) ? Soulignez lesquels	
Souffrez-vous de constipation et/ou de selles molles de manière chronique ?	
Souffrez-vous d'asthme ou de troubles respiratoires chroniques ?	
Souffrez-vous de pathologies fréquentes du trio nez/gorge/oreilles (comme des rhumes, des sinusites) ?	
Vous sentez-vous un peu léthargique après les repas (ou après certains repas) ?	
Etes-vous allergique à certains aliments (aux laitages ou à d'autres aliments courants) Option : sont-ce des allergies réelles ? ou des réactions à IgG, appelées « intolérances » ? diagnostiquées comment ?	
Mangez-vous peu à cause de l'inconfort digestif ?	
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 ?	

Vous ne pouvez prendre du poids ?	
Avez-vous été diagnostiqué victime d'hyperactivité ou de trouble bipolaire (maniacodépression) ?	
Historique familial d'allergies alimentaires ?	
Total	

Remarque : _____

Groupe 6 – pour les femmes uniquement

(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 ?	
Avant les règles, vivez-vous des épisodes de fringales alimentaires ?	
Avant ou pendant les règles, avez-vous des boutons ? de la rétention d'eau ? des prises de poids ?	
Vos règles sont-elles irrégulières ?	
Avez-vous fait une ou des fausses couches, ou êtes-vous stérile ?	
Avez-vous utilisé ou utilisez-vous encore la pilule contraceptive ou tout autre traitement hormonal ?	
Etes-vous sujette aux crampes prémenstruelles désagréables, à des saignements longs ou volumineux, avez-vous alors des seins douloureux ou tendus ?	
Etes-vous ou avez-vous été sujette aux troubles de la péri- ou postménopause (bouffées de chaleur, sueurs, insomnie, confusion mentale) ?	
Total	

Remarque : _____

Groupe 7

Vous sentez-vous souvent gonflé, gêné par des tensions abdominales ?	
--	--

Etes-vous victime de confusion mentale ?	
Etes-vous sujet à la déprime ?	
Vous a-t-on diagnostiqué victime de « candida » ?	
Femmes : êtes-vous sujette à des pertes blanches, des brûlures ou démangeaisons vaginales, à des infections génitales ?	
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) ?	
Avez-vous utilisé de la cortisone ou la pilule contraceptive pendant plus d'un an ?	
Avez-vous des champignons sur la peau ou les ongles, ou le pied d'athlète (champignons sur les pieds) ?	
Souffrez-vous de pathologies fréquentes du nez, gorge, oreilles (rhumes, sinusites, otites) ? Ou était-ce le cas lorsque vous étiez enfant ?	
Avez-vous des douleurs articulaires ou musculaires qui ne sont pas reconnus comme arthrose ?	
Avez-vous des troubles cutanés chroniques ou fréquents (eczéma, psoriasis, dermatite atopique, herpes...) ?	
Vous sentez-vous victime d'épuisement chronique ?	
Avez-vous des dartres ou des rougeurs de peau chroniques ? des démangeaisons ?	
Question selles : sont-elles curieuses en couleur, forme ou consistance ?	
Total	

Remarque : _____

Groupe 8

Avez-vous des fringales d'aliments gras comme des chips, des fromages et d'autres aliments riches en calories (plus que les sucreries ou les amidons, ou autant que ces derniers) ?	
Historique familial d'alcoolisme et dépression	

Aux derniers examens sanguins, les résultats indiquaient-ils un taux de cholestérol total élevé et un taux de Hdl bas ?	
Dès que vous consommez des repas contenant des aliments gras, vous sentez-vous lourd, inconfortable, congestionné ?	
Avez-vous un historique personnel d'hépatite ou d'autres troubles du foie ou de la vésicule ?	
Vos selles sont-elles régulièrement claires ?	
Vos selles sont-elles très dures ou malodorantes ?	
Avez-vous parfois des douleurs au côté droit sous les dernières côtes ?	
Vous sentez-vous ridée pour votre âge, la peau est-elle peu élastique ?	
Avez-vous une peau sèche ou rugueuse, spécialement sur les jambes ou les bras ?	
Total	

Remarque : _____

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