

Questionnaire Profil Santé Micronutrition®

Approche innovante du laboratoire Nutergia, ce questionnaire simple portant sur vos habitudes alimentaires, votre mode de vie, votre environnement ainsi que certains inconforts éventuels, permettront d'établir votre **Profil Santé Micronutrition®**.

Vous pourrez avec votre professionnel de santé **déterminer vos besoins en micronutriments pour rééquilibrer vos terrains**. Cet accompagnement **personnalisé** comprend des conseils alimentaires et d'hygiène de vie, associés si besoin à des compléments alimentaires spécifiques.



Mes avantages :

Rapide, personnalisé, confidentiel
et réalisé par un professionnel.



Profil qui permet de déterminer
les 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)

*Mentions obligatoires

Observations particulières :

.....
.....
.....

Cachet

.....
.....
.....

Une innovation de

 **Nutergia**
LABORATOIRE



Profil Santé
Micronutrition

3 points importants pour compléter votre questionnaire :

- 1 - Si votre réponse est OUI, cocher la case.
- 2 - Lorsque **plusieurs problématiques sont citées**, la présence **d'une seule** suffit pour **cocher la case**.
Ex : Perdez-vous vos cheveux de façon importante ou sont-ils dévitalisés ?
Si je perds mes cheveux et qu'ils ne sont pas dévitalisés, je coche la case.
- 3 - Seuls les **changements alimentaires** datant de **3 mois ou plus** doivent être **pris en compte**.

À PRÉCISER POUR PRENDRE EN COMPTE LES ÉVENTUELLES PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ?

PRENEZ-VOUS :

Un traitement pour le diabète ?

Un traitement anti-inflammatoire ?

Un traitement anti-coagulant, fluidifiant sanguin ou antiagrégant plaquettaire ?

Un traitement pour l'épilepsie ?

Un traitement antidépresseur ?

Plus de deux médicaments au long cours ?

PRÉSENTEZ-VOUS ACTUELLEMENT UNE DES PROBLÉMATIQUES SUIVANTES :

Asthme ?

Allergie à l'aspirine ?

Déséquilibre de la thyroïde ou avez-vous un traitement pour la thyroïde ?

Obstruction des voies biliaires ?

Pré-diabète ?

Problématique hépatique ?

Problématique rénale (calcul, insuffisance rénale légère à modérée...) ou une insuffisance cardiaque ?

Ulcère gastrique ou duodéal ?

AVEZ-VOUS :

Des antécédents personnels ou familiaux de cancers hormonaux (seins, ovaires...)?

Une alimentation contrôlée en sodium ou en potassium ?

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 plus de 2 produits laitiers par jour (yaourt, crème fraîche, béchamel, gruyère, glace, crème dessert...)?

4 Consommez-vous du poisson gras (sardine, maquereau, hareng, anchois...), frais ou en conserve au moins 2 fois par semaine ?

- 5 Utilisez-vous quotidiennement de l'huile d'olive vierge extra en bouteille opaque, de préférence biologique ?
- 6 Utilisez-vous quotidiennement d'autres huiles «vierges 1ère pression à froid », de préférence biologiques, non chauffées, en bouteille en verre opaque (colza, noix, cameline, 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, soda, 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 basse température comme à la vapeur ou à l'étouffée (ni autocuiseur, cocotte ou 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, comportant notamment de la viande ou de la charcuterie ?
- 14 Mangez-vous à heures régulières, assis(e) et dans le calme ?
- 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 litre d'eau de source ou filtrée par jour (4 à 5 verres) ?

VOUS ET VOTRE ENVIRONNEMENT

- 18 Votre peau est-elle sèche, rugueuse ou à tendance acnéique ou utilisez-vous une crème pour les peaux irritées, atopiques ?
- 19 Avez-vous souvent des problématiques ORL (maux de gorges, nez bouché, nez qui coule...) ou 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 Êtes-vous suivi(e) pour un taux élevé de cholestérol, de triglycérides, d'acide urique ?
- 25 Êtes-vous facilement essoufflé(e) en montant les escaliers ou êtes-vous suivi(e) pour une tension élevée ou des problèmes cardiovasculaires ?

VOTRE DIGESTION

- 26 Avez-vous des problèmes de transit intestinal (transit accéléré ou ralenti) ?
- 27 Avez-vous mal à la tête après un gros repas ?
- 28 Avez-vous régulièrement la langue blanche, pâteuse ou l'haleine chargée ?
- 29 Avez-vous une digestion lente, difficile ou des ballonnements ?

VOS PROBLÉMATIQUES MAJEURES

- 30 Avez-vous fréquemment mal aux muscles ou présentez-vous des inconforts articulaires ?
- 31 Vos gencives sont-elles sensibles, irritées ou saignent-elles facilement ?
- 32 Êtes-vous frileux(se) ou de plus en plus frileux(se) ?
- 33 Ressentez-vous un désir fréquent (plusieurs fois par jour) de consommer des produits sucrés comme biscuits, bonbons, gâteaux, pain blanc... ?

- 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 de la nervosité ?
- 36 Ressentez-vous régulièrement des vertiges ou maux de tête ?
- 37 Vous sentez-vous stressé(e) ou surmené(e) par des soucis personnels ou professionnels ?
- 38 Actuellement êtes-vous particulièrement nerveux(se), anxieux(se) ou fatigué(e) d'un point de vue psychologique ?
- 39 Avez-vous une baisse de moral, 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 Avez-vous régulièrement mal au dos ?
- 42 Avez-vous des taches cutanées, des rides marquées pour votre âge et/ou une diminution de l'élasticité cutanée que vous estimez prématurées pour votre âge ?
- 43 Depuis un an, votre vue a-t-elle baissé ou présentez-vous une fatigue oculaire, un flou oculaire ou une déformation des lignes droites ?
- 44 Avez-vous mal aux articulations ou ressentez-vous une diminution de la mobilité articulaire ?
- 45 Vous sentez-vous vieillir prématurément ?

POUR LES FEMMES UNIQUEMENT

- 46 Êtes-vous sujette à des inconforts avant les règles (rétention d'eau, prise de poids, maux de têtes, tensions mammaires, irritabilité...) ?
- 47 Utilisez-vous un contraceptif ou un traitement hormonal (THM, 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 désagréments liés à la pré-ménopause ou à la ménopause (bouffées de chaleur, prise de poids...) ?
- 50 Êtes-vous sujette à des pertes anormales, irritations ou démangeaisons vaginales ?

POUR LES HOMMES UNIQUEMENT

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

POUR LES ENFANTS UNIQUEMENT

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

J'accepte que les données de santé renseignées via mes réponses au questionnaire soient utilisées pour réaliser mon Profil Santé Micronutrition et permettre son analyse par le professionnel en charge de mon suivi.

Le laboratoire Nutergia et votre praticien traitent vos coordonnées et les réponses au questionnaire (incluant des données de santé) pour réaliser votre Profil Santé Micronutrition (PSM) et vous permettre d'accéder à votre proposition d'accompagnement micronutritionnel depuis votre espace personnel (psm.nutergia.com).

Pour en savoir plus sur la conservation, la gestion de vos données personnelles et vos droits, consultez la politique de protection des données du Laboratoire Nutergia accessible à l'adresse suivante : <https://psm.nutergia.com/uploads/documents/iomet-politique-donnees-personnelles-gp-vf.pdf>

Une innovation de

 **Nutergia**
LABORATOIRE



Profil Santé
Micronutrition