

Renseignements complémentaires destinés à votre thérapeute

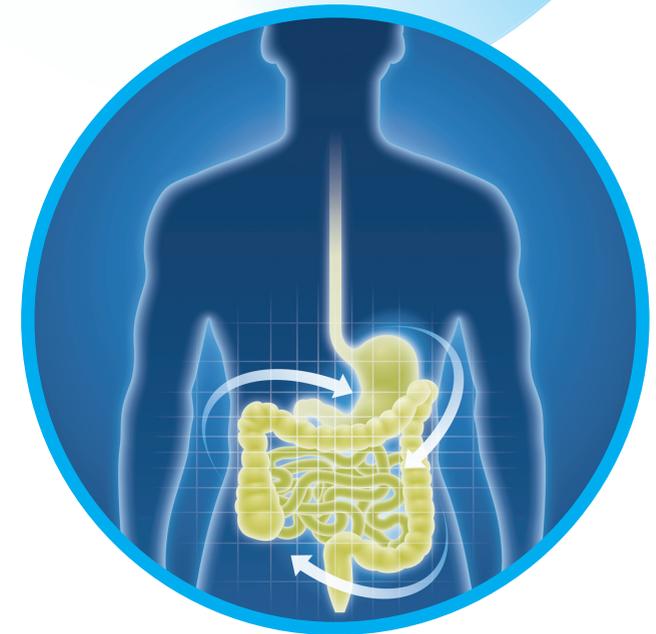
Traitements et pathologies (cochez et entourez)

- Prise de médicaments :
Merci de préciser :
- Prise d'antibiotiques :
- le mois dernier
- durant les trois derniers mois
- durant les six derniers mois
- Prise de probiotiques
- Êtes-vous atteint(e) d'une pathologie chronique ?
Merci de préciser :
- Avez-vous des antécédents familiaux ou personnels de :
- cancer colo-rectal
- maladie coeliaque
- maladies chroniques inflammatoires de l'intestin

Interprétation des résultats

- Score Partie 1, Symptômes intestinaux :
Votre score est supérieur à 15, vos symptômes intestinaux nécessitent une prise en charge médicale.
- Score Partie 2, Manifestations extra-digestives :
Si votre score est supérieur à 10 ou en présence de plus de 3 symptômes, ceux-ci peuvent être liés à un déséquilibre intestinal. Parlez-en à votre thérapeute.
- Score Partie 3, Habitudes alimentaires :
Votre score est compris entre 0 et 6, votre score indique que vos habitudes alimentaires sont satisfaisantes; votre score est entre 7 et 12, vos habitudes alimentaires peuvent affecter votre équilibre intestinal et être à l'origine de troubles intestinaux. Parlez-en à votre thérapeute. Supérieur à 13, vos habitudes alimentaires nécessitent une correction nutritionnelle, parlez-en à votre thérapeute.
- Score Partie 4, Impact des troubles gastro-intestinaux :
Un déséquilibre intestinal peut engendrer des répercussions dans votre vie quotidienne. Votre thérapeute peut vous aider, n'hésitez pas à lui en parler.

Questionnaire Équilibre intestinal



Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Questionnaire équilibre intestinal

Nous vous invitons à remplir ce **Questionnaire équilibre intestinal** en cochant les cases correspondant à vos réponses. Puis calculez vos scores à la fin de chaque partie (1 à 4). Pour cela reportez-vous à la légende (encadré ci-dessous).

Présentez-ce questionnaire à votre thérapeute.

LÉGENDE :

	0 = Jamais		1 = Parfois
	2 = Souvent		3 = Très souvent

PARTIE 1 : Symptômes intestinaux

0 1 2 3

Souffrez-vous de douleurs abdominales ?				
Souffrez-vous de remontées acides ?				
Souffrez-vous de brûlures à l'estomac ?				
Ressentez-vous une sensation d'inconfort intestinal ?				
Souffrez-vous de nausées ou de vomissements ?				
Souffrez-vous de ballonnements ou de flatulences ?				
Avez-vous des borborygmes (bruits intestinaux) ?				
Avez-vous constaté une fréquence anormale des selles ? moins de 3 fois par semaine ou plus de 3 fois par jour				
Ressentez-vous un sentiment d'évacuation incomplète des selles ?				
Ressentez-vous un besoin pressant d'aller à la selle ?				
En cas de douleurs, vous sentez-vous soulagé(e) par la défécation ?				
Ressentez-vous le besoin de réaliser un effort pour aller à la selle ?				
Souffrez-vous de diarrhées ?				
Souffrez-vous de constipation ?				
Souffrez-vous d'une alternance de diarrhées et/ou constipation ?				
Avez-vous remarqué la présence de mucus dans vos selles ?				

Score 1 :

PARTIE 2 : Manifestations extra-digestives

0 1 2 3

Ressentez-vous des douleurs dorsales et/ou musculaires et/ou articulaires ?				
Présentez-vous des troubles cutanés (eczéma, psoriasis, éruptions cutanées) ?				
Souffrez-vous de troubles de l'humeur (irritabilité, anxiété, déprime) ?				
Souffrez-vous de troubles de la mémorisation et/ou de la concentration ?				
Avez-vous eu des fièvres inexpliquées ?				
Ressentez-vous de la fatigue et/ou de la somnolence ?				
Avez-vous des troubles du sommeil (difficultés à vous endormir, réveils nocturnes) ?				
Avez-vous constaté une perte de poids involontaire ?				
Avez-vous des difficultés de récupération après avoir pratiqué une activité sportive ?				
Souffrez-vous de maux de tête ?				

Score 2 :

PARTIE 3 : Habitudes alimentaires

0 1 2 3

Mangez-vous moins de 5 fruits et légumes par jour ?				
Mangez-vous rapidement, sur le pouce ?				
Mangez-vous à des heures irrégulières ?				
Consommez-vous régulièrement des fast-foods, snacks, pizzas etc ... ?				
Avez-vous manifesté des réactions allergiques à certains aliments ? Merci de préciser :				
Évitez-vous de consommer certains aliments en raison de troubles intestinaux qu'ils auraient pu engendrer ? Merci de préciser :				

Score 3 :

PARTIE 4 : Impact des troubles gastro intestinaux sur la vie quotidienne

0 1 2 3

Vous est-il déjà arrivé de reporter ou d'annuler des activités professionnelles et/ou extra-professionnelles en raison de douleurs intestinales ?				
La présence de douleurs affecte la qualité de votre sommeil ?				
Vos douleurs vous préoccupent-elles au cours de votre journée ?				
Vos douleurs vous empêchent-elles de manger à votre faim ?				
Avez-vous manifesté des réactions allergiques à certains aliments ? Merci de préciser :				
À votre arrivée dans un nouvel endroit, repérez-vous systématiquement les toilettes ?				

Score 4 :

Reportez-vous au dos, pour l'interprétation des résultats...