



C. Actuellement

• Êtes-vous sujet à une des perturbations suivantes ? (Cocher si réponse positive)

Troubles digestifs fréquents	<input type="checkbox"/>
Fatigue permanente	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'humeur	<input type="checkbox"/>
Infections récidivantes	<input type="checkbox"/>
Problèmes de peau	<input type="checkbox"/>
Douleurs traînantes des articulations	<input type="checkbox"/>
Migraines récidivantes	<input type="checkbox"/>

Total score C =

Nombre de cases cochées

D. Actuellement

• Présentez-vous ? (Cocher si réponse positive)

Une intolérance alimentaire	<input type="checkbox"/>
Une intolérance au gluten	<input type="checkbox"/>
Un rhumatisme inflammatoire	<input type="checkbox"/>
Un diabète	<input type="checkbox"/>
Une maladie digestive	<input type="checkbox"/>
De l'asthme	<input type="checkbox"/>
Une maladie de la peau	<input type="checkbox"/>

Total score D =

Nombre de cases cochées

SCORE TOTAL

A+B+C+D =