

QUESTIONNAIRE DE TOXICITÉ

NATURE'S SUNSHINE®

Nom : _____

Date : _____

Le questionnaire de dépistage de la toxicité vous aidera à évaluer votre progrès au fil du temps. Si c'est la première fois que vous remplissez le questionnaire, basez chaque critère sur votre profil de santé des 30 derniers jours. Si ce n'est pas la première fois que vous remplissez le questionnaire, écrivez vos résultats pour les 48 dernières heures.

Échelle de points :

0 = n'arrive jamais ou presque jamais

1 = arrive occasionnellement, mais pas sévère

2 = arrive occasionnellement, effet sévère

3 = arrive fréquemment, effet pas sévère*

4 = arrive fréquemment, effet sévère*

Digestion

- ___ Maux d'estomac
- ___ Selles molles
- ___ Difficulté à déféquer
- ___ Sensation de ballonnement
- ___ Inconfort à la poitrine/aux intestins après les repas
- ___ Inconfort intestinal/stomacal

Oreilles

- ___ Démangeaisons des oreilles
- ___ Difficulté à distinguer les bruits ambiants, acouphènes

Émotions

- ___ Sautes d'humeur
- ___ Sensation d'anxiété ou de nervosité
- ___ Colère, facilement irrité ou agressif
- ___ Déprime/mélancolie

Énergie/activité

- ___ Fatigue, léthargie
- ___ Sensation d'indifférence
- ___ Sensation d'agitation

Yeux

- ___ Excès de larmes dans les yeux
- ___ Frottement fréquent des yeux
- ___ Changement de l'apparence des paupières; difficulté à les ouvrir
- ___ Poches, cernes sous les yeux

Tête

- ___ Pression ou inconfort à la tête
- ___ Étourdissements
- ___ Perte d'équilibre pendant ou après avoir bougé
- ___ Insomnie

Coeur

- ___ Préoccupations concernant le rythme cardiaque
- ___ Inconfort au niveau de la poitrine

Articulations/muscles

- ___ Inconfort aux articulations
- ___ Rigidité, difficulté à bouger librement
- ___ Muscles endoloris
- ___ Sensation de faiblesse

Poumons

- ___ Toux
- ___ Préoccupations respiratoires
- ___ Difficulté à respirer

Esprit

- ___ Préoccupations au niveau de la mémoire
- ___ Concentration réduite
- ___ Ne veut/peut pas prendre de décisions

Bouche/gorge

- ___ Toux fréquente
- ___ Besoin fréquent d'éclaircir la gorge
- ___ Inconfort buccal en mangeant des aliments acides

Nez

- ___ Nez bouché
- ___ Congestion nasale
- ___ Irritation respiratoire saisonnière
- ___ Éternuements
- ___ Trop de mucus

Peau

- ___ Imperfections faciales
- ___ Rougeurs, bosses rouges
- ___ Cheveux dégarnis
- ___ Rougeurs au visage
- ___ Sudation excessive

Poids

- ___ Manger/boire beaucoup trop
- ___ Fringales envers certains aliments
- ___ Embonpoint
- ___ Appétit compulsif
- ___ Rétention d'eau

Autre

- ___ Besoin fréquent d'uriner
- ___ Urination fréquente
- ___ Irritation génitale

TOTAL _____

La clé du questionnaire

Ajoutez les scores individuels et le total de chaque groupe.

Ajoutez les notes des groupes pour un grand total.

Moins de 10	Toxicité faible
10-59	Toxicité légère
50-100	Toxicité modérée
Plus de 100	Toxicité élevée*

*Vous devriez discuter de ces résultats avec votre médecin.

Avvertissement : cette évaluation n'est pas conçue, explicitement ou implicitement, pour remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un professionnel de la santé. Consulter un praticien de santé si vous avez des questions à ce sujet.

*Si vous avez écrit 3 ou 4 sur un ou plusieurs des éléments ci-dessus, vous devriez consulter un praticien de santé.