

TEST DE CONTRÔLE POUR L'ÉQUILIBRE HORMONAL

Avis aux thérapeutes : Il est suggéré de faire remplir ce test lors de la première visite et d'en garder une copie dans vos dossiers. Répétez-le après un mois, puis aux six mois et comparez les scores avec la patiente. C'est une façon simple de constater les progrès réalisés et les domaines où il faut continuer à travailler. Ce test est offert sous réserve de l'avis d'exonération ci-dessous (à la fin du tableau).

Encerclez un nombre de 0 = Aucun problème à 5 = Problème majeur							Remarques
Acné	0	1	2	3	4	5	
Allergies	0	1	2	3	4	5	
Anxiété, appréhension	0	1	2	3	4	5	
Articulations douloureuses	0	1	2	3	4	5	
Asthme	0	1	2	3	4	5	
Ballonnements	0	1	2	3	4	5	
Cancer hormonodépendant	0	1	2	3	4	5	
Cellulite	0	1	2	3	4	5	
Chaleurs / sueurs nocturnes	0	1	2	3	4	5	
Cholestérol	0	1	2	3	4	5	
Circulation / coagulation anormale du sang	0	1	2	3	4	5	
Concentration (manque de)	0	1	2	3	4	5	
Confusion / difficulté à prendre des décisions	0	1	2	3	4	5	
Crampes abdominales	0	1	2	3	4	5	
Cystite	0	1	2	3	4	5	
Dépression	0	1	2	3	4	5	
Digestion	0	1	2	3	4	5	
Douleurs / crampes dans les jambes	0	1	2	3	4	5	
Douleurs dans les os	0	1	2	3	4	5	
Dysplasie cervicale	0	1	2	3	4	5	
Eczéma / psoriasis / démangeaisons	0	1	2	3	4	5	
Endométriose	0	1	2	3	4	5	
Étourdissements	0	1	2	3	4	5	
Fatigue, manque d'énergie, de vitalité	0	1	2	3	4	5	
Fibromes	0	1	2	3	4	5	
Fibromyalgie	0	1	2	3	4	5	
Foie (foie lent, surchargé, crises de foie)	0	1	2	3	4	5	
Frilosité excessive	0	1	2	3	4	5	
Glucose sanguin élevé / diabète	0	1	2	3	4	5	
Hyperplasie de l'endomètre	0	1	2	3	4	5	
Hypertension	0	1	2	3	4	5	
Hypo ou Hyperthyroïdie	0	1	2	3	4	5	

Hypoglycémie	0	1	2	3	4	5
Immunité affaiblie (rhumes, gripes, etc.)	0	1	2	3	4	5
Incontinence urinaire	0	1	2	3	4	5
Insomnie	0	1	2	3	4	5
Irritabilité, manque de contrôle de soi	0	1	2	3	4	5
Jambes lourdes	0	1	2	3	4	5
Kystes aux ovaires	0	1	2	3	4	5
Kystes ou nodules aux seins	0	1	2	3	4	5
Libido (désir sexuel)	0	1	2	3	4	5
Maladie cardio-vasculaire	0	1	2	3	4	5
Maux de tête / migraines	0	1	2	3	4	5
Menstruations très abondantes	0	1	2	3	4	5
Nausées	0	1	2	3	4	5
Ostéo-arthrite / arthrose	0	1	2	3	4	5
Ostéopénie / Ostéoporose	0	1	2	3	4	5
Palpitations	0	1	2	3	4	5
Peau sèche, rougeurs, taches brunes	0	1	2	3	4	5
Perte de cheveux	0	1	2	3	4	5
Perte de mémoire	0	1	2	3	4	5
Pertes sanguines intermittentes	0	1	2	3	4	5
Pilosité (poils au visage)	0	1	2	3	4	5
Prise de poids	0	1	2	3	4	5
Qualité du sommeil	0	1	2	3	4	5
Rétention d'eau	0	1	2	3	4	5
Sécheresse vaginale	0	1	2	3	4	5
Sensibilité des seins	0	1	2	3	4	5
Stress non contrôlé	0	1	2	3	4	5
Syndrome prémenstruel	0	1	2	3	4	5
Vésicule biliaire	0	1	2	3	4	5
Vieillesse prématuré (rides, etc.)	0	1	2	3	4	5
Yeux secs	0	1	2	3	4	5
Autres :	0	1	2	3	4	5
	0	1	2	3	4	5
ÉTAT GÉNÉRAL DE SANTÉ	0	1	2	3	4	5

Aux personnes qui font ce test : L'évaluation ci-dessus ne constitue en aucune façon un diagnostic médical. Elle n'a d'autre but que de vous aider à constater les progrès réalisés dans le cadre d'une démarche personnelle d'amélioration de la santé. Veuillez consulter un médecin si vos problèmes de santé l'exigent. De plus, ne faites aucun changement à vos ordonnances médicales sans consulter votre médecin au préalable.