



Nom et prénom :

Date :

Moi, aujourd'hui...

Evaluez-vous de 0 (totalement faux) à 5 (totalement vrai) :

J'ai de l'énergie pour réaliser mes tâches au quotidien (boulot, maison...).	0	1	2	3	4	5
J'arrive à me concentrer facilement.	0	1	2	3	4	5
J'ai une bonne mémoire, je retiens facilement des informations.	0	1	2	3	4	5
Je suis calme et patient(e).	0	1	2	3	4	5
Je suis quelqu'un de motivé, toujours positif(ve).	0	1	2	3	4	5
Je n'ai pas de douleurs chroniques.	0	1	2	3	4	5
J'ai un sommeil de qualité, bien réparateur.	0	1	2	3	4	5
Je vais à la selle régulièrement et facilement.	0	1	2	3	4	5
Je suis quelqu'un de déterminé, qui ne lâche rien.	0	1	2	3	4	5
J'organise facilement mon quotidien et je respecte ma planification.	0	1	2	3	4	5
J'ai beaucoup de plaisir à manger.	0	1	2	3	4	5
J'ai beaucoup de plaisir à cuisiner.	0	1	2	3	4	5
Je me trouve beau/belle.	0	1	2	3	4	5
J'aime ma vie et n'envie pas celle des autres.	0	1	2	3	4	5
J'arrive à prendre du temps pour moi, à prendre soin de moi.	0	1	2	3	4	5
J'arrive à vivre l'instant présent, je profite des bonheurs simples de la vie.	0	1	2	3	4	5
J'ai des bonnes connaissances en nutrition et en cuisine.	0	1	2	3	4	5
Je ressens de l'inconfort ou des douleurs au niveau de l'abdomen.	0	1	2	3	4	5
Je me sens gonflée.	0	1	2	3	4	5
J'ai une vie sédentaire.	0	1	2	3	4	5

Comme **médicaments, compléments alimentaires, contraceptif...** je prends :

Nom du médicament	Rôles	Posologie (dosage, heures...)

⇒ Merci également d'apporter

- les résultats de votre dernière **prise de sang**
- ainsi **que le journal alimentaire sur 3 jours**