

ANALYSE DE MODE DE VIE

No. Distributeur : 580114-4

Première étape : Cochez toutes les cases qui s'applique dans votre cas.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Faiblesse générale ou léthargie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Souvent malade					<input type="checkbox"/>				
Odeur corporelle et/ou mauvaise haleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Difficulté à digérer certains aliments	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				
Consommation fréquente de viande rouge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
SMP (chez les femmes) Prostate (chez les hommes)		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Usage des antibiotiques pendant les derniers six mois		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>				
Forte consommation d'alcool				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Fréquentes sautes d'humeur				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Poches sous les yeux							<input type="checkbox"/>		
Fumeur				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Mauvaise concentration ou mémoire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Constipation (moins que deux par jours)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>				
Rots après les repas	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				
Mode de vie très stressé			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Problèmes de peau/teint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fringales de douceur/aliments préparés industriellement				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Consommation régulière de produits laitiers		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Dépression		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Pas assez de sommeil/Sommeil agité								<input type="checkbox"/>	
Ongles qui se cassent facilement	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
Cheveux fourchus	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation à teneur élevée en matière grasse/cholestérol			<input type="checkbox"/>						
Nervosité/anxiété/tension				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Alimentation à faible teneur en fibre		<input type="checkbox"/>							
Crampes musculaires				<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Exposition à la pollution de l'air					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Somnolence en position assise			<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
Forte consommation de caféine				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impression de désarroi				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Sensibilité aux produits chimiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>				
Problème de levure/mycose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>				
Faiblesse du squelette	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
S'inquiète exagérément	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Facilement irrité		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Pas assez d'exercice			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Trop de mucus, congestion						<input type="checkbox"/>			
Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
TOTAL DES COLONNES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Étape Deux : Additionnez les colonnes pour arriver au total pour le système du corps.

Étape trois : Déterminez vos forces et faiblesses.

Déterminez lequel de vos systèmes sont les plus forts et les plus faibles grâce à l'information ci-dessous :

Systeme corporel

	Digestif	Intestinal	Circulatoire	Nerveux	Immunitaire	Respiratoire	Urinaire	Glandulaire	Structurel
Votre évaluation est :	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Excellent Si vous comptez :	0-1	0-1	0	0-1	0-1	0	0	0-1	0
Bon Si vous comptez :	2-3	2-3	1	2-3	2-3	1	1	2-3	1
Moyen Si vous comptez :	4-5	4-5	2-3	4-5	4-5	2-3	2-3	4-6	2-3
Médiocre Si vous comptez :	6+	6+	4+	6+	6+	4+	4+	7+	4+

Excellent : Félicitations ! Vous menez une vie qui optimisera votre santé et votre bien-être.

Bon : Votre mode de vie et vos habitudes alimentaires semblent être sains mais il serait peut-être bon d'envisager certains changements.

Moyen : Des changements de mode de vie et / ou d'alimentation sont recommandés.

Médiocre : Des changements de mode de vie et / ou d'alimentation sont recommandés.

Étape quatre : Identifiez les systèmes à accentuer.

Notez votre rang de "bon", "moyen", ou "médiocre" et encerclez les seuls que vous voulez améliorer.

Signature : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code Postal : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Faire parvenir par télécopieur : 1-418-845-1155

Faire parvenir par courrier : 265, rue du Château d'Eau

Loretteville, Québec

G2A 2J8

No Distributeur : 580114-4