

AUTO ÉVALUATION VITALITÉ

EN LISANT LES QUESTIONS, COCHEZ OUI SI VOUS ÊTES PLUTÔT D'ACCORD OU NON SI VOUS NE L'ÊTES PAS.

SI VOUS AVEZ AU MOINS 4 OUI, DES CONSEILS EN NUTRITION VOUS PERMETTRONS D'AMÉLIORER VOS RESENTIS ET RETROUVER VOTRE ÉNÉRGIE

- | | | OUI | NON |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 01 | VOUS SENTEZ VOUS FATIGUÉ EN GÉNÉRAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 | RESSENTEZ VOUS DES FLUCTUATIONS DE MORAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 | ETES VOUS ANXIEUX, STRESSÉ OU IRRITABLE DE TEMPS EN TEMPS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 | CONSIDÉREZ VOUS QUE VOTRE SOMMEIL POURRAIT ÊTRE MEILLEUR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 | AVEZ VOUS DES SOUCIS DE CONCENTRATION OU DE MÉMOIRE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 | AVEZ VOUS RÉGULIÈREMENT DES MAUX DE TÊTE, DES BALLONNEMENTS OU DES GAZ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 | RESSENTEZ VOUS DES BRULURES D'ESTOMAC OU REMONTÉES ACIDES QUELQUES FOIS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 | RESSENTEZ VOUS DES DOULEURS ARTICULAIRES OU MUSCULAIRES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 | AVEZ VOUS DES BOUTONS, PLAQUES ROUGES, PSORIASIS OU ECZÉMA ET/OU PROBLÈMES ORL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | AVEZ VOUS DES SYNDROME PRÉ-MENSTRUEL (DOULEURS, FRINGALES, IRRITABILITÉ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | RESSENTEZ VOUS LES EFFETS DE LA PRÉ-MÉNOPAUSE OU MÉNOPAUSE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

