

A - FATIGUE ET TROUBLES DE L'HUMEUR

- Je me sens fatigué(e)
- J'ai des difficultés à me motiver
- J'ai des problèmes de sommeil
- J'ai des difficultés de concentration
- J'ai des difficultés de mémoire
- Je me sens anxieux(se)
- Je me sens angoissé(e) je me sens déprimé(e)

B - TROUBLES DIGESTIFS

- Je ressens des brûlures à l'estomac
- J'ai des reflux acides
- Je ressens des nausées
- J'ai des diarrhées
- Je suis constipé(e)
- Je présente des alternances diarrhée/constipation
- J'ai des ballonnements après manger
- J'ai des crises de colite

C - TROUBLES OSTÉO-ARTICULAIRES ET DÉGÉNÉRATIFS

- Je ressens des douleurs au niveau du dos, du cou
- Je souffre des articulations (poignets, coudes, épaules, chevilles, genoux, hanches)
- J'ai mal dans les muscles, les tendons
- Quand je fais du sport, je me blesse facilement
- J'ai une maladie rhumatismale
- Je souffre des yeux (cataracte, yeux secs...)

D - TROUBLES INFECTIEUX

- Je présente régulièrement les troubles suivants :
 - maux de gorge, angines, rhumes, sinusites, otites
 - bronchites, infections des poumons
- J'ai régulièrement des infections urinaires
- J'ai régulièrement des infections génitales
- J'ai régulièrement des infections digestives
- J'ai régulièrement des infections cutanées

E - TROUBLES CUTANÉS

- J'ai la peau sèche
- Je fais régulièrement de l'eczéma
- Je fais de l'acné
- J'ai souvent de l'herpès au niveau du visage
- Je perds mes cheveux ; ils sont ternes, cassants
- Mes ongles sont cassants ; ils se dédoublent

F - TROUBLES CIRCULATOIRES

- J'ai les jambes lourdes
- Je fais de l'oedème (chevilles, mains, doigts...)
- J'ai souvent les extrémités froides
- J'ai des fourmillements aux extrémités
- J'ai des troubles avant les règles (seins tendus, douleurs, fatigue, déprime)

0 1 2 3

Total score A =

Total score B =

Total score C =

Total score D =

Total score E =

Total score F =

G JE CONSOMME RÉGULIÈREMENT

Du tabac

de 1 à 4 cigarettes par jour = 1
de 5 à 15 cigarettes par jour = 2
Plus de 15 cigarettes par jour = 3

De l'alcool

Plus de 3 verres et moins de 75cl
de vin par jour = 1
Entre 75 et 150 cl par jour = 2
Plus de 150 cl par jour = 3

Un médicament

Régulièrement = 2
Tous les jours = 3

J'utilise un contraceptif

Oral (pilule) = 3
Stérilet = 3

Je suis donneur de sang = 3

1 2 3



RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Nom :

Prénom :

Tél : Email :

Date de naissance :

Taille :

Poids :

Profession :

Nombre d'heure(s) d'activités physiques
par semaine :

Total score G =



Score total
A+B+C+D+E+F+G =



IEDM

Etudiez
votre score...

D. D. M.

Dépistage de Déficience Micronutritionnelle

Veillez bien répondre
à l'ensemble de ces questions,
en utilisant la cotation suivante :

0 = Je ne ressens jamais ce symptôme

1 = Je ressens de temps en temps ce symptôme...
mais ce symptôme est peu gênant

2 = Je ressens ce symptôme de manière répétée...
ce symptôme est assez gênant,
je souhaiterais m'en débarrasser

3 = Je ressens ce symptôme en permanence ...
ce symptôme me gêne beaucoup,
je n'arrive pas à m'en débarrasser.

puis remettez votre DDM à votre médecin Micronutritionniste

