

Nom et prénom : .....

Date : .....

---

## *Moi, au jour d'aujourd'hui...*

---

### **1) Évaluez-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
Je suis plutôt en bonne santé de manière générale par rapport aux personnes de mon âge.	0	1	2	3	4	5
J'ai un sommeil de qualité, bien réparateur	0	1	2	3	4	5
J'ai une bonne digestion et un bon transit intestinal	0	1	2	3	4	5
Je suis quelqu'un de déterminé, qui ne lâche rien	0	1	2	3	4	5
Je sais m'organiser par rapport aux repas de la semaine et aux courses	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

## 2) Mes traitements actuels :

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

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

3) Merci également d'apporter, si vous en avez une copie, les résultats de votre dernière **prise de sang.**