

ANALYSE DU MODE DE VIE

Première étape : cochez toutes les cases qui s'appliquent 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"/>		
SPM (chez les femmes) Prostate (chez les hommes)		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Usage d'antibiotiques pendant les six derniers 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"/>		<input type="checkbox"/>			
Mauvaise concentration ou mémoire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Constipation (pas tous les jours)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>				
Rots après les repas	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				
Mode de vie 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 douceurs / 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 fibres		<input type="checkbox"/>							
Crampes musculaire				<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									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

Étape trois : Déterminer vos forces et faiblesses.

Déterminez lesquels de vos systèmes sont les plus forts et les plus faibles grâce à l'information ci-dessous : Encerclez vos résultats.

Système 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 fortement recommandés.

Vous soigner à l'aide des plantes, y avez-vous pensé ?

Saviez-vous que plusieurs plantes médicinales offrent un support (en prévention et au niveau curatif) pour améliorer diverses conditions de vie ?

Et que peu importe son âge et l'étape de sa vie, homme, femme, adolescent, enfant et bébé peut tirer profit des bienfaits et se traiter à l'aide des plantes ?

Pour prendre un rendez-vous pour un bilan de santé, obtenir des conseils personnalisés ou vous procurer des remèdes herbaux fabriqués selon la méthode traditionnelle, contactez-moi.



Marie-Claude
Sagala
Herboriste-thérapeute


www.marieclaudesagala.com

418-665-2902

info@marieclaudesagala.com

239, chemin des Loisirs

La Malbaie (Québec) G5A 3G1

 **Marie-Claude Sagala**
herboriste traditionnelle