

| | NON=0 | PARFOIS=1 | OUI=2 |
|---|-------|-----------|-------|
| 1/Vous sentez-vous fatigué malgré une durée de sommeil correcte? | | | |
| 2/Avez-vous l'impression de vivre au ralenti ou de manquer d'énergie? | | | |
| 3/Avez-vous des difficultés de concentration et/ou des pertes de mémoire? | | | |
| 4/Etes-vous en surpoids ou avez-vous des difficultés à perdre du poids? | | | |
| 5/Etes-vous frileux? | | | |
| 6/Avez-vous souvent les extrémités(mains, pieds) froides? | | | |
| 7/Perdez-vous vos cheveux de façon importante? | | | |
| 8/Vos phanères (cheveux, ongles, poils) poussent-ils lentement? | | | |
| 9/Vos ongles et cheveux sont-ils fragiles et cassants? | | | |
| 10/Avez-vous une raréfaction du tiers externe des sourcils? | | | |
| 11/Avez-vous la peau sèche, épaissie ou rugueuse (coude, talon, visage)? | | | |
| 12/Le matin, au réveil, avez-vous le visage bouffi, les paupières gonflées et/ou des gonflements au niveau des extrémités (mains, pieds)? | | | |
| 13/ Transpirez-vous moins que la normale? | | | |
| 14/ Avez-vous une voix rauque au réveil? | | | |
| 15/ Avez-vous tendance à la constipation et/ou aux ballonnements? | | | |
| 16/ Etes-vous sujet aux crampes au cours de la nuit? | | | |
| 17/ Souffrez-vous de douleurs et/ou raideurs articulaires notamment au réveil? | | | |
| Avez-vous le moral fluctuant ou un terrain de déprime? | | | |
| 19/ manquez-vous de désir sexuel? | | | |
| 20/ Souffrez-vous d'un rythme cardiaque ralenti et/ou d'un essoufflement à l'effort? | | | |
| 21/ Etes-vous sujet à un excès de cholestérol? | | | |
| 22/ Etes-vous sujet aux fourmillements dans les mains? | | | |
| 23/ Etes-vous sujet aux infections ORL à répétition? | | | |
| 24/ Etes-vous sujet à des migraines réfractaires aux traitements préventifs? | | | |
| TOTAUX PAR COLONNE | | | |
| TOTAL GENERAL | | | |