

# Profil de santé **FirstLineTherapy**<sup>®</sup>

NOM: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_ SEMAINE: \_\_\_\_\_

Évaluez chacun des symptômes suivants en vous fondant sur votre profil de santé typique pour :  Les 30 derniers jours  Les dernières 48 heures

**Échelle** 0—Je ressens ce symptôme *jamais* ou *presque jamais* 3—Je ressens ce symptôme *fréquemment*, l'effet n'est *pas grave*  
**de points:** 1—Je ressens ce symptôme *occasionnellement*, l'effet n'est *pas grave* 4—Je ressens ce symptôme *fréquemment*, l'effet est *grave*  
 2—Je ressens ce symptôme *occasionnellement*, l'effet est *grave*

<b>TÊTE</b>	_____ Maux de tête	<b>SYSTÈME</b>	_____ Nausées, vomissements
	_____ Faiblesse	<b>DIGESTIF</b>	_____ Diarrhée
	_____ Étourdissements		_____ Constipation
	_____ Insomnie		_____ Ballonnements
	<b>TOTAL</b> _____		_____ Éructation, gaz
<b>YEUX</b>	_____ Yeux larmoyants ou qui démangent		_____ Pyrosis
	_____ Paupières enflées, rougies ou collantes		_____ Douleurs à l'estomac /
	_____ Poches ou cernes noirs sous les yeux		_____ douleurs intestinales
	_____ Vision floue ou champ de		<b>TOTAL</b> _____
	vision restreint (ne comprend	<b>ARTICULA-</b>	_____ Douleurs ou courbatures aux articulations
	pas la vision de proche ou	<b>TIONS /</b>	_____ Arthrite
	de loin)	<b>MUSCLES</b>	_____ Raideurs ou faible amplitude de mouvement
	<b>TOTAL</b> _____		_____ Douleurs ou courbatures aux muscles
<b>OREILLES</b>	_____ Démangeaisons aux oreilles		_____ Sensation de faiblesse
	_____ Mal d'oreille, infection		ou de fatigue
	_____ Écoulements de l'oreille		<b>TOTAL</b> _____
	_____ Bourdonnement dans les	<b>POIDS</b>	_____ Abus d'aliments / d'alcool
	oreilles, perte auditive		_____ Envie de certains aliments
	<b>TOTAL</b> _____		_____ Poids excessif
<b>NEZ</b>	_____ Obstruction nasale		_____ Alimentation compulsive
	_____ Problèmes de sinus		_____ Rétention d'eau
	_____ Formation excessive de mucus		_____ Poids insuffisant
	_____ Crises d'éternuements		<b>TOTAL</b> _____
	_____ Rhume des foins	<b>ÉNERGIE /</b>	_____ Fatigue, paresse
	<b>TOTAL</b> _____	<b>ACTIVITÉ</b>	_____ Apathie, léthargie
<b>BOUCHE /</b>	_____ Toux chronique		_____ Hyperactivité
<b>GORGE</b>	_____ Toussotements, besoin fréquent de se		_____ Impatiences
	clarifier la gorge		<b>TOTAL</b> _____
	_____ Gorge irritée, enrouement, perte de voix	<b>PENSÉE</b>	_____ Manque de mémoire
	_____ Lèvres, gencives ou langue		_____ Confusion, difficulté de compréhension
	décolorées ou enflées		_____ Difficulté de concentration
	_____ Aphtes		_____ Difficulté de coordination
	<b>TOTAL</b> _____		_____ Difficulté à prendre des décisions
<b>PEAU</b>	_____ Acné		_____ Bégaiement
	_____ Urticaire, éruption cutanée, peau sèche		_____ Élocution difficile
	_____ Perte de cheveux		_____ Dépression
	_____ Rougeurs, bouffées de chaleur		<b>TOTAL</b> _____
	_____ Sudation excessive	<b>ÉMOTIONS</b>	_____ Sautes d'humeur
	<b>TOTAL</b> _____		_____ Anxiété, peur, nervosité
<b>CŒUR</b>	_____ Battements cardiaques		_____ Colère, irritabilité, agressivité
	irréguliers ou manquants		_____ Dépression
	_____ Battements cardiaques rapides		<b>TOTAL</b> _____
	ou martellement	<b>AUTRES</b>	_____ Souvent malade
	_____ Douleurs à la poitrine		_____ Besoin urgent ou fréquent d'uriner
	<b>TOTAL</b> _____		_____ Démangeaisons ou
<b>POUMONS</b>	_____ Congestion de poitrine		écoulements génitaux
	_____ Asthme, bronchite		<b>TOTAL</b> _____
	_____ Essoufflement		
	_____ Difficulté à respirer		<b>GRAND TOTAL</b> _____
	<b>TOTAL</b> _____		