

QUESTIONNAIRE VITALITE

Vous vous sentez fatigué(e), stressé(e), et souhaitez préserver votre capital santé ?

Mes Données Personnelles : Répondre aux questions

Poids actuel (en kg) : _____

Taille (en m) : _____

IMC : _____ (**Calculer votre Indice de Masse Corporelle**)

Age : _____

Activité physique : <20 min >40 min <1x/sem. >3x/sem. Type : _____

Autre : Tabac Ménopause Grossesses

Informations Générales : Répondre par oui non

Vous éprouvez de la fatigue oculaire, ou vos yeux sont secs ou irrités ? oui non

Vous manquez d'énergie, vous êtes fébrile, et cela vous gêne dans votre quotidien? oui non

Vos gestes sont moins souples et vos mouvements moins fluides ? oui non

Vous traversez des périodes de stress et contrôlez mal vos émotions ? oui non

Vous traversez des périodes où vous êtes sous pression et vous sentez surmenés? oui non

Vous constatez régulièrement des raideurs articulaires? oui non

Vous avez du mal à surmonter le stress ou à faire face à la fatigue ? oui non

Vous rencontrez régulièrement des difficultés de concentration ou de mémorisation ? oui non

Votre capital osseux est fragilisé ? oui non

Votre sommeil est agité ou vous avez des difficultés à vous endormir ? oui non

Vous devez souvent faire face à des coups de fatigue au cours de la journée ? oui non