

## Évaluation de la santé hormonale

### Premièrement: Que vous dit votre corps?

Indiquez les symptômes que vous avez ressentis au cours des 3 derniers mois. Voici comment procéder:

- **Léger (Mild):** Un inconfort mineur – cela ne m’affecte pas beaucoup.
- **Moyen (Moderate):** Un vrai problème mais je tiens bon.
- **Sévère:** Je peux à peine fonctionner.

Si vous n’avez pas souffert des symptômes décrits, n’inscrivez rien.

	<i>Mild</i>	<i>Moderate</i>	<i>Severe</i>
1 Mon cycle menstruel est irrégulier.	●	●	●
2 J’ai des bouffées de chaleur ou des sueurs nocturnes.	●	●	●
3 Je souffre de SPM (j’ai des crampes, de la nausée, seins sensibles, maux de tête et/ou de l’irritabilité).	●	●	●
4 J’éprouve de la difficulté à m’endormir.	●	●	●
5 J’éprouve de la difficulté à restée endormie.	●	●	●
6 Je me sens vraiment fatiguée, surtout en après-midi.	●	●	●
7 Je me sens vraiment fatiguée, sans énergie.	●	●	●
8 Je me sens triste ou irritable.	●	●	●
9 J’éprouve de l’anxiété ou j’ai des attaques de panique.	●	●	●
10 J’oublie tout, j’ai l’esprit embrouillé ou absent.	●	●	●
11 Je me sens parfois dépassée, confuse ou simplement pas moi-même.	●	●	●
12 Je me sens gonflée, j’ai des gazs et des épisodes de diarrhée.	●	●	●
13 J’éprouve des raideurs ou des douleurs articulaires, surtout le matin.	●	●	●
14 J’ai pris du poids depuis l’an dernier surtout autour de la taille.	●	●	●
15 J’éprouve moins d’intérêt envers la sexualité.	●	●	●
16 Je souffre de sécheresse vaginale.	●	●	●
17 J’ai des envies de sucre, d’hydrates de carbone et d’alcool.	●	●	●
18 Mes cheveux ou ma peau sont secs, fragiles et s’amincissent.	●	●	●
19 J’ai raccourci.	●	●	●
20 J’ai souffert de fractures ou d’os cassés.	●	●	●
21 Je souffre d’infections à levures ou urinaires.	●	●	●

**Ensuite: Quelles sont les demandes auxquelles vous soumettez votre corps?**

Répondez 'Oui' ou 'Non' à chacune des questions.

- |    |   |                       |     |                       |     |
|----|---|-----------------------|-----|-----------------------|-----|
| 1  | Souffrez-vous de troubles de santé sérieux?   | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 2  | Avez-vous un historique familial d'ostéopenie ou d'ostéoporose?                               | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 3  | L'état de votre glande thyroïde vous préoccupe-t-il?  | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 4  | Êtes-vous préoccupée par la résistance à l'insuline?  | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 5  | Votre emploi constitue-t-il une source de stress?   | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 6  | Vous sentez-vous dépassée et pressée?   | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 7  | Sautez-vous des repas ou suivez-vous une diète à la mode?                                     | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 8  | Mangez-vous à l'extérieur plus de 3 fois par semaine?   | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 9  | Vos relations sont-elles conflictuelles et stressantes?                                       | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 10 | Consommez-vous du café ou des boissons gazeuses plus d'une fois par jour?                     | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 11 | Prenez-vous des médicaments sur une base régulière?   | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 12 | Prenez-vous souvent des antibiotiques?  | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 13 | Êtes-vous une grande voyageuse?   | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 14 | Avez-vous un historique familial de maladies cardio-vasculaires?                              | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 15 | Avez-vous vécu un traumatisme majeur ou une perte importante au cours des 5 dernières années? | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |

**OK: Quel type de soutien fournissez-vous à votre corps?**


- |   |  |                       |     |                       |     |
|---|--|-----------------------|-----|-----------------------|-----|
| 1 | Consommez-vous des protéines à chaque repas?                             | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 2 | Consommez-vous au moins 5 portions de fruits et légumes quotidiennement? | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 3 | Minimisez-vous la consommation d'hydrates de carbone et de sucreries?    | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 4 | Minimisez-vous la consommation d'alcool?                                 | <input type="radio"/> | Yes | <input type="radio"/> | No  |
| 5 | Pratiquez-vous une activité physique 4 fois par semaine ou plus?         | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 6 | Dormez-vous de 7-8 heures par nuit?                                      | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 7 | Est-ce que vous vous reposez lorsque vous vous sentez fatiguée?          | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |
| 8 | Trouvez-vous que vous octroyez suffisamment de temps à vos besoins?      | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non |

- 9 Prenez-vous du temps pour vous à chaque jour?  Oui  Non
- 10 Tentez-vous de minimiser les aliments transformés et toxiques dans votre alimentation?  Oui  Non
- 11 Tentez-vous de minimiser le stress dans votre vie quotidienne?  Oui  Non
- 12 Consommez-vous des suppléments nutritionnels de qualité pharmaceutique incluant des acides gras?  Oui  Non

**Vous avez presque terminé:**

Quel âge avez-vous\*?

(\*Nous comparons votre pointage à celui des femmes situées dans votre groupe d'âge.)

Please select 

<http://www.womentowomen.com/en-ca/assessments/hormonalhealth/default.aspx>

Traduit par Chantal Ann Dumas, N.D.