

S6 Text. Questionnaires in French.

Journal

d'évaluation personnelle

Nom : _____

Numéro de votre chambre : _____

Séjour de : _____ jusqu'à : _____

Chers hôtes,
chère patiente, cher patient,

Le changement de métabolisme qui se produit lors d'un jeûne thérapeutique ou d'un régime basse-calorie a un impact sur le bien-être. Lorsque vous remplirez le questionnaire quotidien, vous pourrez prendre conscience des changements qui s'opèrent en vous. L'attention portée à votre propre état de bien-être vous sera utile au quotidien.

Pour pouvoir évaluer votre évolution, les données que vous voudrez bien recueillir quotidiennement doivent être complètes.

Pensez aussi à répondre aux questions concernant :

1. votre style de vie avant le séjour (p 7)
2. votre style de vie pendant la durée de votre séjour (p 53)
3. questions à la fin du séjour (p 52)

Un grand merci de remplir tous les questionnaires en détail.

Merci également de retourner le « journal d'évaluation personnelle » à votre infirmière le jour de votre départ.

Merci enfin pour votre aimable participation !

Dr Françoise Wilhelmi de Toledo et
l'équipe scientifique Buchinger Wilhelmi

Instructions :

➤ Date :

Nous vous prions de noter la date. Le jour 1 correspond au jour d'arrivée.

➤ Régime :

Chaque jour vous documenterez votre forme d'alimentation (régime, repos digestif, jeûne, interruption du jeûne, jour de réalimentation) et leurs annexes (par exemple jeûne avec miel, jus et bouillon). Si vous ne recevez pas de supplément additionnel cochez « non ». Sinon cochez les suppléments correspondants.

➤ Corps cétoniques :

Mesurez les corps cétoniques à l'aide d'un stick dans la première urine du matin et documentez le résultat dans la case appropriée. Vous ne pouvez indiquer seule qu'une valeur par jour.

➤ Votre état de santé physique/émotionnelle :

Évaluez votre état de santé émotionnelle et physique sur une échelle visuelle allant de 0 à 10 intuitivement. Il s'agit là d'une évaluation subjective.

➤ Symptômes :

Si vous n'avez observé aucun symptôme, veuillez cocher la case « non ». Si vous avez observé un ou plusieurs symptômes, cochez « oui » et la/les case(s) correspondante(s).

➤ Bien-être quotidien :

Évaluez votre bien-être de 0 à 5 en fonction de fréquence à laquelle vous avez ressenti ce bien-être.

Exemple : Lundi, 18.01.16

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Suppléments : non poisson

autre : _____

Jour de repos riz pommes de terre/légumes

digestif : fruits autre: _____

Jeûne : miel non oui

midi : jus (¼l) non oui

bouillon (¼l) non oui

soir : bouillon (¼l) non oui

suppléments: non Kousmine Kousmine vegan

yoghourt décoction d'avoine

décoction de riz jus de carotte

thé vert thé noir

autre : _____

Rupture du jeûne

Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input checked="" type="checkbox"/> | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|---|----|

excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique: non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



Style de vie – avant le séjour

Niveau de stress/relaxation :

état de tension
extrême

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

totalem
relaxé

Nicotine : non cigarettes/jour:

non cigares/jour:

Alcool : non bière : verre (0,5 l)/semaine:

non vin : verre (0,25 l)/semaine:

non alcool fort : verre (2 cl)/semaine:

Café : non tasse/jour:

Médias : non smart-phone (h/semaine):

non télévision (h/semaine):

non ordinateur (h/semaine):

Exercice physique : non oui : h/semaine: ,

**Au cours des deux
dernières semaines
avant mon arrivée ...**

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|--|--------|-------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ... ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1. jour (jour d'arrivée): _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

- Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal
suppléments : non poisson
 autre : _____
- Jour de repos digestif : riz pommes de terre/légumes
 fruits autre : _____
- Jeûne : miel non oui
midi : jus (¼l) non oui
bouillon (¼l) non oui
soir : bouillon (¼l) non oui
suppléments: non Kousmine Kousmine vegan
 yoghourt décoction d'avoine
 décoction de riz jus de carotte
 thé vert thé noir
 autre : _____
- Rupture du jeûne
- Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

 excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

 excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique: non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

suppléments : non poisson

autre : _____

Jour de repos riz pommes de terre/légumes

digestif : fruits autre : _____

Jeûne : miel non oui

midi : jus (¼l) non oui

 bouillon (¼l) non oui

soir : bouillon (¼l) non oui

suppléments: non Kousmine Kousmine vegan

yoghourt décoction d'avoine

décoction de riz jus de carotte

thé vert thé noir

autre : _____

Rupture du jeûne

Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique: non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

suppléments : non poisson

autre : _____

Jour de repos riz pommes de terre/légumes

digestif : fruits autre : _____

Jeûne : miel non oui

midi : jus (¼l) non oui

 bouillon (¼l) non oui

soir : bouillon (¼l) non oui

suppléments: non Kousmine Kousmine vegan

yoghourt décoction d'avoine

décoction de riz jus de carotte

thé vert thé noir

autre : _____

Rupture du jeûne

Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique: non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

suppléments : non poisson

autre : _____

Jour de repos riz pommes de terre/légumes

digestif : fruits autre : _____

Jeûne : miel non oui

midi : jus (¼l) non oui

 bouillon (¼l) non oui

soir : bouillon (¼l) non oui

suppléments: non Kousmine Kousmine vegan
 yoghourt décoction d'avoine
 décoction de riz jus de carotte
 thé vert thé noir
 autre : _____

Rupture du jeûne

Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique: non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

suppléments : non poisson

autre : _____

Jour de repos digestif : riz pommes de terre/légumes
 fruits autre : _____

Jeûne : miel non oui

 midi : jus (¼l) non oui

 bouillon (¼l) non oui

 soir : bouillon (¼l) non oui

suppléments: non Kousmine Kousmine vegan
 yoghourt décoction d'avoine
 décoction de riz jus de carotte
 thé vert thé noir
 autre : _____

Rupture du jeûne

Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique: non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique: non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

suppléments : non poisson

autre : _____

Jour de repos riz pommes de terre/légumes

digestif : fruits autre : _____

Jeûne : miel non oui

midi : jus (¼l) non oui

 bouillon (¼l) non oui

soir : bouillon (¼l) non oui

suppléments: non Kousmine Kousmine vegan

yoghourt décoction d'avoine

décoction de riz jus de carotte

thé vert thé noir

autre : _____

Rupture du jeûne

Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique:

non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

8. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

suppléments : non poisson

autre : _____

Jour de repos riz pommes de terre/légumes

digestif : fruits autre : _____

Jeûne : miel non oui

midi : jus (¼l) non oui

 bouillon (¼l) non oui

soir : bouillon (¼l) non oui

suppléments: non Kousmine Kousmine vegan

yoghourt décoction d'avoine

décoction de riz jus de carotte

thé vert thé noir

autre : _____

Rupture du jeûne

Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique:

non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

suppléments : non poisson

autre : _____

Jour de repos riz pommes de terre/légumes

digestif : fruits autre : _____

Jeûne : miel non oui

midi : jus (¼l) non oui

 bouillon (¼l) non oui

soir : bouillon (¼l) non oui

suppléments: non Kousmine Kousmine vegan

yoghourt décoction d'avoine

décoction de riz jus de carotte

thé vert thé noir

autre : _____

Rupture du jeûne

Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique:

non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

suppléments : non poisson

autre : _____

Jour de repos riz pommes de terre/légumes

digestif : fruits autre : _____

Jeûne : miel non oui

 midi : jus (¼l) non oui

 bouillon (¼l) non oui

 soir : bouillon (¼l) non oui

suppléments: non Kousmine Kousmine vegan

yoghourt décoction d'avoine

décoction de riz jus de carotte

thé vert thé noir

autre : _____

Rupture du jeûne

Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique: non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

suppléments : non poisson

autre : _____

Jour de repos riz pommes de terre/légumes

digestif : fruits autre : _____

Jeûne : miel non oui

midi : jus (¼l) non oui

 bouillon (¼l) non oui

soir : bouillon (¼l) non oui

suppléments: non Kousmine Kousmine vegan

yoghourt décoction d'avoine

décoction de riz jus de carotte

thé vert thé noir

autre : _____

Rupture du jeûne

Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique: non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

12. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

suppléments : non poisson

autre : _____

Jour de repos riz pommes de terre/légumes

digestif : fruits autre : _____

Jeûne : miel non oui

midi : jus (¼l) non oui

 bouillon (¼l) non oui

soir : bouillon (¼l) non oui

suppléments: non Kousmine Kousmine vegan

yoghourt décoction d'avoine

décoction de riz jus de carotte

thé vert thé noir

autre : _____

Rupture du jeûne

Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique:

non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

13. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

suppléments : non poisson

autre : _____

Jour de repos riz pommes de terre/légumes

digestif : fruits autre : _____

Jeûne : miel non oui

midi : jus (¼l) non oui

 bouillon (¼l) non oui

soir : bouillon (¼l) non oui

suppléments: non Kousmine Kousmine vegan
 yoghourt décoction d'avoine
 décoction de riz jus de carotte
 thé vert thé noir
 autre : _____

Rupture du jeûne

Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique:

non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

14. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

suppléments : non poisson

autre : _____

Jour de repos riz pommes de terre/légumes

digestif : fruits autre : _____

Jeûne : miel non oui

midi : jus (¼l) non oui

 bouillon (¼l) non oui

soir : bouillon (¼l) non oui

suppléments: non Kousmine Kousmine vegan

yoghourt décoction d'avoine

décoction de riz jus de carotte

thé vert thé noir

autre : _____

Rupture du jeûne

Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique:
 non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

15. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

suppléments : non poisson

autre : _____

Jour de repos digestif : riz pommes de terre/légumes
 fruits autre : _____

Jeûne : miel non oui

 midi : jus (¼l) non oui

 bouillon (¼l) non oui

 soir : bouillon (¼l) non oui

suppléments: non Kousmine Kousmine vegan
 yoghourt décoction d'avoine
 décoction de riz jus de carotte
 thé vert thé noir
 autre : _____

Rupture du jeûne

Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique:

non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

16. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

suppléments : non poisson

autre : _____

Jour de repos riz pommes de terre/légumes

digestif : fruits autre : _____

Jeûne : miel non oui

midi : jus (¼l) non oui

 bouillon (¼l) non oui

soir : bouillon (¼l) non oui

suppléments: non Kousmine Kousmine vegan

yoghourt décoction d'avoine

décoction de riz jus de carotte

thé vert thé noir

autre : _____

Rupture du jeûne

Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique: non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

17. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

- Régime :** 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal
suppléments : non poisson
 autre : _____
- Jour de repos digestif :** riz pommes de terre/légumes
 fruits autre : _____
- Jeûne :** miel non oui
 midi : jus (¼l) non oui
 bouillon (¼l) non oui
 soir : bouillon (¼l) non oui
- suppléments: non Kousmine Kousmine vegan
 yoghourt décoction d'avoine
 décoction de riz jus de carotte
 thé vert thé noir
 autre : _____
- Rupture du jeûne**
- Jour de réalimentation :** 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

 excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

 excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique:

non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

18. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

suppléments : non poisson

autre : _____

Jour de repos riz pommes de terre/légumes

digestif : fruits autre : _____

Jeûne : miel non oui

midi : jus (¼l) non oui

 bouillon (¼l) non oui

soir : bouillon (¼l) non oui

suppléments: non Kousmine Kousmine vegan
 yoghourt décoction d'avoine
 décoction de riz jus de carotte
 thé vert thé noir
 autre : _____

Rupture du jeûne

Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

 excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

 excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique: non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

19. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

suppléments : non poisson

autre : _____

Jour de repos riz pommes de terre/légumes

digestif : fruits autre : _____

Jeûne : miel non oui

midi : jus (¼l) non oui

 bouillon (¼l) non oui

soir : bouillon (¼l) non oui

suppléments: non Kousmine Kousmine vegan

yoghourt décoction d'avoine

décoction de riz jus de carotte

thé vert thé noir

autre : _____

Rupture du jeûne

Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique: non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

20. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

- Régime :** 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal
suppléments : non poisson
 autre : _____
- Jour de repos** riz pommes de terre/légumes
digestif : fruits autre : _____
- Jeûne :** miel non oui
 midi : jus (¼l) non oui
 bouillon (¼l) non oui
 soir : bouillon (¼l) non oui
- suppléments: non Kousmine Kousmine vegan
 yoghourt décoction d'avoine
 décoction de riz jus de carotte
 thé vert thé noir
 autre : _____
- Rupture du jeûne**
- Jour de réalimentation :** 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique:

non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

21. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

- Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal
suppléments : non poisson
 autre : _____
- Jour de repos digestif : riz pommes de terre/légumes
 fruits autre : _____
- Jeûne : miel non oui
midi : jus (¼l) non oui
bouillon (¼l) non oui
soir : bouillon (¼l) non oui
suppléments: non Kousmine Kousmine vegan
 yoghourt décoction d'avoine
 décoction de riz jus de carotte
 thé vert thé noir
 autre : _____
- Rupture du jeûne
- Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

 excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

 excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique: non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

22. jour : _____

Corps cétoniques (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Régime : 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

suppléments : non poisson

autre : _____

Jour de repos riz pommes de terre/légumes

digestif : fruits autre : _____

Jeûne : miel non oui

midi : jus (¼l) non oui

 bouillon (¼l) non oui

soir : bouillon (¼l) non oui

suppléments: non Kousmine Kousmine vegan
 yoghourt décoction d'avoine
 décoction de riz jus de carotte
 thé vert thé noir
 autre : _____

Rupture du jeûne

Jour de réalimentation : 1 2 3 4

Votre état de santé physique :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Votre état de santé émotionnelle :

très mauvais

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

excellent

Symptômes depuis l'arrivée à la clinique: non oui

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> haleine chargée (demandez à l'infirmière) | <input type="checkbox"/> nausée |
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> mal de dos | <input type="checkbox"/> crampe au mollet |
| <input type="checkbox"/> frilosité | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> vertige | <input type="checkbox"/> jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> faim | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> éruption cutanée | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> ballonnements | <input type="checkbox"/> troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | <input type="checkbox"/> envie de manger |

Aujourd'hui ...

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Questions à la fin du séjour

- 1) Présentez-vous un problème de santé majeur au début de votre séjour ?

non

oui, lequel ? _____

Comment ce problème de santé majeur a-t'il évolué au cours du séjour ?

grave péjoration

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

très grande
amélioration

- 2) Comment avez-vous ressenti votre jeûne ou votre régime basse calorie pendant votre séjour:

un calvaire

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

une expérience
magnifique

- 3) Comparez votre séjour ici à un autre type de vacances. Buchinger Wilhelmi est:

moins relaxant

également relaxant

plus relaxant

- 4) La durée de votre séjour fut:

trop courte

adéquate

trop longue

- 5) Au moment de l'interruption du jeûne, auriez-vous eu envie de continuer à jeûner ?

oui

non

Style de vie – pendant la durée de votre séjour

Niveau de stress/relaxation :

état de tension
extrême

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

totalem
relaxé

Nicotine : non cigarettes/jour:

non cigares/jour:

Alcool : non bière : verre (0,5 l)/semaine:

non vin : verre (0,25 l)/semaine:

non alcool fort : verre (2 cl)/semaine:

Café : non tasse/jour:

Médias : non smart-phone (h/semaine):

non télévision (h/semaine):

non ordinateur (h/semaine):

Exercice physique : non oui : h/semaine: ,

**Au cours des
dernières semaines ...**

| | jamais | de temps en temps | moins de la moitié du temps | plus de la moitié du temps | la plupart du temps | tout le temps |
|---|--------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| ...je me suis senti(e) bien et de bonne humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) calme et tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



Les réponses à ces questions ne sont pas indispensables pour notre documentation scientifique mais aident Buchinger Wilhelmi à améliorer ses prestations :

Comment avez-vous trouvé le pensum quotidien de remplir ce « journal d'observation personnelle » ?

Auriez-vous des propositions d'amélioration ?

Est-ce que le séjour à répondu à votre attente ?

Pensez-vous que votre séjour va influencer votre vie et dans quel(s) domaine(s) ?

Notre service « Feel well after Buchinger Wilhelmi » offre par Skype la possibilité de parler avec une nutritionniste si vous le désirez.

E-mail : nutrition@buchinger-wilhelmi.com

Merci beaucoup et à bientôt !

Nous vous écrirons par email dans deux semaines, trois et onze mois pour prendre de vos nouvelles.

Bon retour chez vous !

Follow up Buchinger Wilhelmi