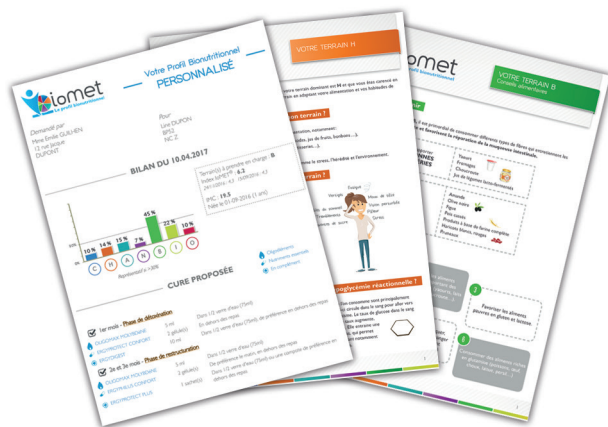


Kwestionariusz jest **innowacyjnym narzędziem stworzonym przez firmę Nutergia** do analizy profilu funkcjonalnego organizmu. Identyfikuje zaburzenia stref związane z nadmierami lub brakami składników odżywczych: witamin, oligoelementów, kwasów tłuszczowych, antyoksydantów, etc.

Zawiera **81 pytań** dotyczących nawyków żywieniowych, stylu życia, środowiska a także problemów zdrowotnych i objawów dysfunkcji.

Twój terapeuta zidentyfikuje otrzymane wyniki i zaproponuje konkretną, spersonalizowaną suplementację, dietę i pomoże poprawić styl życia.

IOMET to:
Spersonalizowane, poufne, szybkie, wykonane przez profesjonalistów narzędzie do analizy stref funkcjonalnych.



Kompletnie wypełniony kwestionariusz przedstawi w postaci histogramu zakres zakłóceń, które mają miejsce w obrębie każdej strefy funkcjonalnej.

Wypełnić DRUKOWANYMI literami

Data* : Płeć* : Kobieta Mężczyzna

Nazwisko* : Imię* :

Adres :

Kod pocztowy* : Miasto* : Kraj* :

E-mail* : Numer telefonu :

(Informacje obowiązkowe)

Data urodzenia* : Wzrost (m)* : Waga (kg)* :

(wzrost i waga niezbędne są do obliczenia wskaźnika BMI)

Obserwacje terapeuty :

.....

.....

.....

.....

Pieczętka gabinetu

E-mail:

Zaznacz, jeśli odpowiedź brzmi **TAK**. Jeżeli w pytaniu wymienianych jest kilka zaburzeń, należy zaznaczyć nawet wtedy, gdy stwierdzisz obecność tylko jednego z nich.

NAWYKI ŻYWIENIOWE

- 1 Czy jesz mięso i wędliny częściej niż 5 razy w tygodniu?
- 2 Czy jesz mrożonki, konserwy lub dania gotowe częściej niż dwa razy w tygodniu?
- 3 Czy codziennie spożywasz co najmniej 2 produkty z mleka krowiego (jogurty, sery, lody...)?
- 4 Czy spożywasz tłuste ryby (łosoś, sardynki, tuńczyk, makrela, anchois) świeże lub z konserw, przynajmniej dwa razy w tygodniu?
- 5 Czy codziennie używasz oliwy z oliwek z pierwszego tłoczenia na zimno?
- 6 Czy codziennie używasz innego oleju z pierwszego tłoczenia, tłoczonych na zimno (rzepakowy, z orzechów, słonecznikowy, lniany)?
- 7 Czy jesz dania cukiernicze lub piekarnicze (ciasta, ciastka, tarty, zapiekanki...) częściej niż 3 razy w tygodniu?
- 8 Czy jesz fast-foody, w stołówkach lub restauracjach częściej niż 3 razy w tygodniu?
- 9 Czy jesz więcej niż 2 słodczyki dziennie: ciasteczka, ciastka, batoniki zbożowe, czekolada, napoje gazowane, soki owocowe, syropy, miód (więcej niż 2 łyżki stołowe) lub cukier (więcej niż 10 g = 2 kostki)?
- 10 Czy codziennie zjadasz kilka świeżych, sezonowych owoców i warzyw?
- 11 Czy jesz przynajmniej raz dziennie porcję świeżych, sezonowych warzyw gotowanych na parze (nie z szybkowaru, piekarnika czy kuchenki mikrofalowej) ?
- 12 Czy jesz regularnie organiczne, świeże produkty ze swojego ogródka (nie przyskane)?
- 13 Czy zazwyczaj jesz większy posiłek (bardziej kaloryczny) wieczorem niż po południu?
- 14 Czy jesz codziennie o tych samych porach i czy spożywasz posiłek, spokojnie, w pozycji siedzącej, przy wyłączonym telewizorze?
- 15 Czy zdarza Ci się nie zjeść jednego z trzech głównych posiłków częściej niż raz w tygodniu (śniadanie, obiad, kolacja)?
- 16 Czy jesteś na diecie o zmniejszonej ilości pożywienia lub obniżonej podaży kalorii?
- 17 Czy pijesz więcej niż 1 litra wody na dzień nie licząc wody zawartej w posiłkach?

TY I TWOJE ŚRODOWISKO

- 18 Czy twoja skóra jest sucha, szorstka, popękana, czy masz egzemę lub odmrożenia?
- 19 Czy masz częste infekcje laryngologiczne (przeziębienia, zapalenia zatok, infekcje ucha) lub masz alergię pokarmową lub wziewną?
- 20 Czy cierpisz na wypadanie włosów lub są one pozbawione witalności?
- 21 Czy palisz więcej niż 5 papierosów dziennie lub wypijasz więcej niż 2 lampki wina lub 1 kieliszek mocnego napoju alkoholowego dziennie?
- 22 Czy masz więcej niż 3 wypełnienia amalgamatowe lub metalowe korony zębowe?
- 23 Czy mieszkasz w zanieczyszczonym środowisku miejskim lub codziennie masz kontakt z chemikaliami (malarz, fryzjerka, usługi pralnicze...)?
- 24 Czy masz wysoki poziom cholesterolu, trójglicerydów lub kwasu moczowego we krwi albo kamienie układu moczowego?
- 25 Czy brak Ci tchu przy wchodzeniu po schodach? Czy jesteś leczony na nadciśnienie lub z powodu zaburzeń sercowo-naczyniowych?

TRAWIENIE

- 26 Czy masz problemy z przewodem pokarmowym (rozwołnienia, zaparcia)?
- 27 Czy masz bóle głowy po dużych posiłkach?
- 28 Czy masz stałe białe naloty na języku lub nieświeży oddech?
- 29 Czy twoje trawienie jest wolne, ciężkie lub miewasz wzdęcia?

ZABURZENIA

- 30 Czy narzekasz na przewlekłe bóle mięśni lub cierpisz na odwapnienie (osteoporozę)?
- 31 Czy masz stany zapalne lub wrażliwe, krwawiące dziąsła?
- 32 Czy często masz uczucie zimna i czy problem się nasila?
- 33 Czy często czujesz potrzebę jedzenia słodkich produktów (kilka razy dziennie)?
- 34 Czy jeżeli nie zjesz posiłku lub będzie on opóźniony to czujesz się zmęczony lub poirytowany?
- 35 Czy przed posiłkami odczuwasz spadek uwagi, koncentracji lub nerwowość?
- 36 Czy często doświadczasz mdłości, bólów głowy, zawrotów głowy?
- 37 Czy czujesz się przepracowany lub zestresowany przez problemy osobiste lub zawodowe?
- 38 Czy jesteś obecnie w sposób szczególnie zdenerwowany, niespokojny lub zmęczony z psychologicznego punktu widzenia?
- 39 Czy masz nastrój depresyjny albo straciłeś motywację i/lub przyjemność z tego co lubiłeś robić wcześniej?
- 40 Czy masz problemy z zasypianiem, niespokojny sen lub często się wybudzasz w nocy?
- 41 Czy regularnie cierpisz na ból pleców?
- 42 Czy masz plamy skórne, głębokie zmarszczki lub zmniejszoną elastyczność skóry, które uważasz za przedwczesne w twoim wieku?
- 43 Czy w przeciągu ostatniego roku pogorszył ci się wzrok lub cierpisz z powodu zaćmy lub zwyrodnienia plamki żółtej (AMD)?
- 44 Czy cierpisz na zmniejszenie mobilności w stawach lub bóle kostno- stawowe?
- 45 Czy odczuwasz zbyt szybko postępujące oznaki starzenia?

TYLKO DLA KOBIEC

- 46 Czy cierpisz na PMS (zatrzymywanie wody, przyrost masy ciała, bóle głowy, mastozę (ból piersi), poirytowanie, itp...)?
- 47 Czy używasz hormonalnej antykoncepcji (pigułki, wkładki domaciczne, implanty podskórne)?
- 48 Czy masz nieregularne miesiączki lub problemy z zajściem w ciążę?
- 49 Czy odczuwasz objawy okresu przedmenopauzalnego lub menopauzalnego (uderzenia gorąca, przyrost masy ciała...)?
- 50 Czy cierpisz na upławy, pieczenie lub swędzenie pochwy, infekcje grzybicze pochwy, infekcje narządów płciowych?

TYLKO DLA MĘŻCZYZN

- 51 Czy zaobserwowałeś, że musisz oddawać mocz częściej niż wcześniej?

TYLKO DLA DZIECI

- 52 Czy twoje dziecko jest niespokojne, nadaktywne lub zestresowane?
- 53 Czy twoje dziecko jest w okresie intensywnego wzrostu?

INNE PROBLEMY

- 54 Czy cierpisz na astmę, częste problemy skórne (egzema, atopowe zapalenie skóry, łuszczyca)?
- 55 Czy masz białe plamy na paznokciach lub czy są rozdwojone lub łamliwe?
- 56 Czy odczuwasz dyskomfort ze strony skóry: świąd, mrowienie, napięcie skóry, rozstępy?

INNE PROBLEMY (C.D.)

- 57 Czy jesteś narażony na promieniowanie elektromagnetyczne każdego dnia (linie wysokiego napięcia, ekran komputera, telewizora, telefon komórkowy, wifi, kuchenka mikrofalowa?)
- 58 Czy ćwiczysz mało (mniej niż 90 min tygodniowo) lub wcale?
- 59 Czy masz otluszczenie głównie na poziomie pasa?
- 60 Czy cierpisz na pocenie nocne lub pocisz się obficie w ciągu dnia?
- 61 Czy często cierpisz na bóle brzucha, masz wzdęcia i gazy?
- 62 Czy budzisz się regularnie między 1:00 a 3:00 w nocy?
- 63 Czy musiałeś zażywać antybiotyki przez okres dłuższy niż miesiąc lub powtórzyć antybiotykoterapię w ciągu ostatnich 6 miesięcy?
- 64 Czy regularnie cierpisz na świąd odbytu lub narządów płciowych?
- 65 Czy masz próchnicę, zapalenie dziąseł, odsłonięte szyjki zębów, afte w jamie ustnej?
- 66 Czy często cierpisz na skurcze, bóle mięśni lub ścięgien?
- 67 Czy doświadczasz pieczenia podczas oddawania moczu lub nawracających infekcji dróg moczowych?
- 68 Czy twoje włosy i skóra są matowe?
- 69 Czy często odczuwasz senność lub dyskomfort po posiłkach?
- 70 Czy chorujesz na tężyczkę lub spasmofilię?
- 71 Czy potrzebujesz takich stymulatorów jak: kawa, herbata, alkohol, tytoń, napoje energetyczne?
- 72 Czy masz nieprzepartą ochotę na podjadanie między posiłkami?
- 73 Czy masz problemy z pamięcią lub z koncentracją?
- 74 Czy regularnie odczuwasz utratę energii lub wyczerpanie nerwowe?
- 75 Czy czujesz się niedowartościowany lub brak Ci wiary w siebie?
- 76 Czy doświadczyłeś ostatnio szczególnie stresującego wydarzenia, z którym nie możesz sobie poradzić psychicznie?
- 77 Czy lepiej pamiętasz odległe zdarzenia niż te bieżące?
- 78 Czy masz zawroty głowy, problemy z równowagą, szumy w uszach lub wrażenie, że kiedyś słyszałeś lepiej?
- 79 Czy przyjmujesz w długoterminowych kuracjach leki, poza homeopatycznymi lub suplementami diety?
- 80 Czy masz nawyk mocnego opalania się lub kiedykolwiek byłeś wystawiony na zbyt długie działanie słońca albo miałeś co najmniej kilka poparzeń słonecznych w trakcie życia?
- 81 Czy odczuwasz sztywność stawów o poranku?

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dn. 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U. UE L119 z 04.05.2016) informujemy, że administratorem danych osobowych jest Laboratoire NUTERGIA. Podanie danych osobowych jest dobrowolne ale niezbędne do korzystania z usług związanych z narzędziem IOMET. Dane będą przechowywane przez okres korzystania z konta. Konto będzie zamknięte na Pani/ Pana prośbę lub po 36 miesiącach nie korzystania z konta. Przysługuje Pani/ Panu prawo do sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody oraz prawo do przenoszenia danych. Ma Pani/ Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Kontakt z administratorem danych osobowych przez e-mail: iomet@nutergia.fr lub listownie na adres: Laboratoire Nutergia- Service IOMET-BP 52_12 700 CAPDENAC.