



Questionnaire CANDIDOSE

d'après le questionnaire du Dr Ph. G. BESSON

Reporter dans la case le nombre de points notés sous le OUI si
la réponse est oui.

ne rien remplir si non



OUI = 25

1	As-tu déjà pris des traitements antibiotiques (tétracyclines ou autres) pour traiter de l'acné et ceci pendant plus d'1 mois ?	
---	--	--

OUI = 20

2	As-tu déjà pris, au moins une fois, un antibiotique à large spectre pour enrayer une infection respiratoire, urinaire, gynécologique, intestinale, cutanée ou autre, pendant une période de 2 mois ou plus ou pendant de plus courtes périodes, mais plus de 3 fois dans une année ?	
---	--	--

OUI = 6

3	As-tu déjà pris, au moins une fois, un antibiotique à large spectre ?	
---	---	--

OUI = 25

4	As-tu déjà souffert de problèmes génito-urinaires persistants type = prostatite, une vaginite, ou autre affection de l'appareil génito-urinaire ?	
---	--	--

OUI = 3

5	As-tu déjà été enceinte une fois ?	
---	------------------------------------	--

OUI = 3

6	As-tu été enceinte deux fois ou plus ?	
---	--	--

OUI = 8

7	As-tu utilisé une pilule contraceptive pendant une période de 6 mois à 2 ans ?	
---	--	--

OUI = 15

8	As-tu utilisé une pilule contraceptive pendant une période supérieure à 2 ans ?	
---	---	--

OUI = 6

9	As-tu un traitement à base de cortisone pendant une période inférieure à 15 jours ?	
---	---	--

OUI = 15

10	As-tu eu un traitement à base de cortisone pendant une période supérieure à 15 jours ?	
----	--	--

OUI = 5

11	Les odeurs fortes, les parfums, les insecticides provoquent-ils chez toi des réactions faibles ?	
----	---	--

OUI = 20

12	Les odeurs fortes (essences, certains déodorants), les parfums, les insecticides provoquent-ils chez toi des réactions (gêne marquée) ?	
----	---	--

OUI = 20

13	Les symptômes sont-ils accentués en cas d'humidité, par temps pluvieux, ou dans des lieux/climats humides ?	
----	---	--

OUI = 20

14	Présente-tu ou as-tu déjà souffert de mycose unguéale (ongles) ou inter-digitale (entre les doigts) ? Pieds et/ou mains	
----	---	--

OUI = 10

15	As-tu souvent envie et besoin de consommer sucre ou sucreries ?	
----	---	--

OUI = 10

16	Ressens-tu souvent le besoin de manger du pain ?	
----	--	--

OUI = 10

17	As-tu souvent envie et besoin de boire de l'alcool ?	
----	--	--

OUI = 10

18	La fumée du tabac et/ou l'odeur du tabac te dérange-t-elle ?	
----	--	--

PARTIE 2 - Etudions les symptômes

3 points si le symptôme est **occasionnel ou peu marqué**

6 points si le symptôme est **important et fréquent**

9 points si le symptôme est **très important et perturbant dans la vie quotidienne**

3 / 6 / 9

1	fatigabilité, fatigue	
2	Coups de pompes	
3	Diminution de la mémoire et de la concentration, plainte de mauvaise mémoire	
4	Sensation de désorientation, d'être à côté de ses pompes, de planer	
5	Etat dépressif - dépression	
6	Sensation d'engourdissement, de fourmillement, de brûlure	
7	Douleurs musculaires	
8	Faiblesses musculaires en cas d'effort, crampes, ou même paralysies	
9	Douleurs articulaires accompagnées ou pas d'œdèmes (gonflements)	
10	Douleurs abdominales, spasmes intestinaux	
11	Constipation chronique	
12	alternance diarrhée / constipation	
13	Enflures gonflements	
14	Pertes blanches, leucorrhées	
15	Démangeaisons ou brûlures vaginales ou vulvaires	
16	Prostatite	
17	Impuissance	
18	Diminution ou perte de la libido	
19	Endométriose	
20	Dysménorrhée, règles douloureuses et irrégulières	
21	Syndrome prémenstruel, tension mammaire avant les règles	
22	Points noirs autour des yeux	
23	Vision trouble, floue	

PARTIE 3 - Etudions les symptômes divers

1 point si le symptôme est **occasionnel ou peu marqué**

2 points si le symptôme est **important et fréquent**

3 points si le symptôme est **très important et perturbant dans la vie quotidienne**

1 / 2 / 3

1	Somnolence en dehors des heures de repos	
2	Irritabilité ou peurs	
3	Manque de coordination	
4	Difficultés de concentration	
5	Variabilité de l'humeur	
6	Céphalées, migraines	
7	Vertiges, équilibre difficile ou perturbé	
8	Oreilles douloureuses, sensation de pression auditive	
9	Envie et besoin de se gratter (milieu du dos, torse, mollets)	
10	Eruptions (urticaire, eczéma, dartres ...)	
11	Brûlures dans la région cardiaque	
12	Indigestions, sensation de mal digérer, d'avoir des intolérances à certains aliments ou boissons	
13	Gaz intestinaux, flatulences, éructations, besoin d'éructer	
14	Selles avec mucus (= selles collantes)	
15	Hémorroïdes	
16	Aphtes	
17	Sécheresse des lèvres et de la bouche	
18	Démangeaisons du nez	
19	Mauvaise haleine	
20	Douleurs arthritiques, gonflement des articulations	
21	Congestion nasale, écoulement nasal	
22	Sinus congestionné, écoulement nasal postérieur (à l'arrière du nez)	
23	Toux	
24	Douleur ou resserrement au niveau de la poitrine	
25	Respiration sifflante ou respiration courte	
26	Envies fréquentes et urgentes d'uriner	
27	Brûlures mictionnelles (= au moment de faire pipi !)	
28	Baisse de la vision, mauvaise vision	
29	Photophobie, brûlure des yeux et/ou larmes	
30	Otitites fréquentes, sérumen abondant	
31	Douleur dans oreilles, baisse de l'acuité auditive	

TOTAL

0

RESULTATS - tu es une femme

Score = ou > 60 : une candidose chronique peut être présente

Score = ou > 120 : candidose chronique probablement présente

Score = ou > 180 : il y a pratiquement certitude de la présence d'une candidose chronique

RESULTATS - tu es un homme

Score = ou > 40 : une candidose chronique peut être présente

Score = ou > 90 : une candidose chronique est très probablement présente

Score = ou > 140 : il y a pratiquement certitude de la présence d'une candidose chronique