

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 przeanalizuje otrzymane wyniki**, zaproponuje konkretną, spersonalizowaną suplementację, dietę oraz zmiany stylu 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**. Jeśli w pytaniu wymienionych jest kilka zaburzeń, wystarczy obecność jednego z nich aby zaznaczyć dane pole.

### 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, surowych warzyw i owoców?
- 11  Czy jesz przynajmniej raz dziennie porcję świeżych warzyw gotowanych na parze (nie z szybkozawaru, 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 tendencje do trądziku?
- 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, afry 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](mailto:iomet@nutergia.fr) lub listownie na adres: Laboratoire Nutergia- Service IOMET-BP 52\_12 700 CAPDENAC.