

## TEST DETOX

**Testez le niveau d'intoxication de votre organisme avec le Test détox que je vous partage gratuitement !**

Ce test vous fournit un moyen simple et rapide d'évaluer votre état de santé.

<b>SCORE</b> (notez les points paragraphe par paragraphe. Additionnez Les points des 2 colonnes)	<b>Fatigue : Physique, psychique, intellectuelle</b>	<b>Douleurs ou brûlures d'estomac</b>
<input type="text"/>	0 : Jamais ou presque jamais 1 : De temps en temps ; mais peu intense 2 : De temps en temps mais intense 3 : Souvent, mais peu intense 4 : Souvent et intense	0 : Jamais ou presque jamais 1 : De temps en temps ; mais peu intense 2 : De temps en temps mais intense 3 : Souvent, mais peu intense 4 : Souvent et intense
<input type="text"/>	<b>Insomnies</b> 0 : Jamais ou presque jamais 1 : De temps en temps ; mais peu intense 2 : De temps en temps mais intense 3 : Souvent, mais peu intense 4 : Souvent et intense	<b>Sueurs nocturnes (hors bouffées de chaleur de ménopause )</b> 0 : Jamais ou presque jamais 1 : De temps en temps ; mais peu intense 2 : De temps en temps mais intense 3 : Souvent, mais peu intense 4 : Souvent et intense
<input type="text"/>	<b>Douleurs musculaires</b> 0 : Jamais ou presque jamais 1 : De temps en temps ; mais peu intense 2 : De temps en temps mais intense 3 : Souvent, mais peu intense 4 : Souvent et intense	<b>Transpirations d'odeur forte ou âcre</b> 0 : Jamais ou presque jamais 1 : De temps en temps ; mais peu intense 2 : De temps en temps mais intense 3 : Souvent, mais peu intense 4 : Souvent et intense
<input type="text"/>	<b>Douleurs articulaires</b> 0 : Jamais ou presque jamais 1 : De temps en temps ; mais peu intense 2 : De temps en temps mais intense 3 : Souvent, mais peu intense 4 : Souvent et intense	<b>Maux de tête</b> 0 : Jamais ou presque jamais 1 : De temps en temps ; mais peu intense 2 : De temps en temps mais intense 3 : Souvent, mais peu intense 4 : Souvent et intense
<input type="text"/>	<b>Tendinites</b> 0 : Jamais ou presque jamais 1 : De temps en temps ; mais peu intense 2 : De temps en temps mais intense 3 : Souvent, mais peu intense 4 : Souvent et intense	<b>Acouphènes intermittents</b> 0 : Jamais ou presque jamais 1 : De temps en temps ; mais peu intense 2 : De temps en temps mais intense 3 : Souvent, mais peu intense 4 : Souvent et intense
<input type="text"/>	<b>Colites : ballonnements, spasmes, diarrhées, constipation, alternances des 2</b> 0 : Jamais ou presque jamais 1 : De temps en temps ; mais peu intense 2 : De temps en temps mais intense 3 : Souvent, mais peu intense 4 : Souvent et intense	<b>Palpitations, épisodes de tachycardie</b> 0 : Jamais ou presque jamais 1 : De temps en temps ; mais peu intense 2 : De temps en temps mais intense 3 : Souvent, mais peu intense 4 : Souvent et intense
<input type="text"/>	<b>Selles ou gaz nauséabonds</b> 0 : Jamais ou presque jamais 1 : De temps en temps ; mais peu intense 2 : De temps en temps mais intense 3 : Souvent, mais peu intense 4 : Souvent et intense	<b>Eczéma, psoriasis</b> 0 : Jamais ou presque jamais 1 : De temps en temps ; mais peu intense 2 : De temps en temps mais intense 3 : Souvent, mais peu intense 4 : Souvent et intense

**Chute des cheveux, ongles fragiles**

0 : Jamais ou presque jamais

1 : De temps en temps ; mais peu intense

2 : De temps en temps mais intense

3 : Souvent, mais peu intense

4 : Souvent et intense

**Irritations chroniques : Nez, sinus, gorge ( toux sèche, ronflements), oreilles**

0 : Jamais ou presque jamais

1 : De temps en temps ; mais peu intense

2 : De temps en temps mais intense

3 : Souvent, mais peu intense

4 : Souvent et intense

**Irritations oculaires : Yeux secs, paupières inflammatoires, coup d'aiguilles...**

0 : Jamais ou presque jamais

1 : De temps en temps ; mais peu intense

2 : De temps en temps mais intense

3 : Souvent, mais peu intense

4 : Souvent et intense

**Paupières gonflées le matin**

0 : Jamais ou presque jamais

1 : De temps en temps ; mais peu intense

2 : De temps en temps mais intense

3 : Souvent, mais peu intense

4 : Souvent et intense

**Envies fréquentes d'uriner, infections urinaires à répétition**

0 : Jamais ou presque jamais

1 : De temps en temps ; mais peu intense

2 : De temps en temps mais intense

3 : Souvent, mais peu intense

4 : Souvent et intense

**Douleurs dans la région du foie (sous les côtes, à droite )**

0 : Jamais ou presque jamais

1 : De temps en temps ; mais peu intense

2 : De temps en temps mais intense

3 : Souvent, mais peu intense

4 : Souvent et intense

**Immunité défaillante : infections fréquentes : rhumes...**

0 : Jamais ou presque jamais

1 : De temps en temps ; mais peu intense

2 : De temps en temps mais intense

3 : Souvent, mais peu intense

4 : Souvent et intense

**Démangeaison, peau sèche**

0 : Jamais ou presque jamais

1 : De temps en temps ; mais peu intense

2 : De temps en temps mais intense

3 : Souvent, mais peu intense

4 : Souvent et intense

**Sensibilité aux ondes électromagnétiques : téléphone portable, wifi, pylônes EDF...**

0 : Jamais ou presque jamais

1 : De temps en temps ; mais peu intense

2 : De temps en temps mais intense

3 : Souvent, mais peu intense

4 : Souvent et intense

**Hypersensibilité chimique : aux médicaments, parfums, produits ménagers...**

0 : Jamais ou presque jamais

1 : De temps en temps ; mais peu intense

2 : De temps en temps mais intense

3 : Souvent, mais peu intense

4 : Souvent et intense

**Humeur fluctuante, angoisses injustifiées**

0 : Jamais ou presque jamais

1 : De temps en temps ; mais peu intense

2 : De temps en temps mais intense

3 : Souvent, mais peu intense

4 : Souvent et intense

**Dépression; baisse de la libido, troubles de l'érection**

0 : Jamais ou presque jamais

1 : De temps en temps ; mais peu intense

2 : De temps en temps mais intense

3 : Souvent, mais peu intense

4 : Souvent et intense

**Herpès récidivant : lèvre ( bouton de fièvre ), génital ou autre**

0 : Jamais ou presque jamais

1 : De temps en temps ; mais peu intense

2 : De temps en temps mais intense

3 : Souvent, mais peu intense

4 : Souvent et intense

**Diarrhée chronique + selles glaireuses**

0 : Jamais ou presque jamais

1 : De temps en temps ; mais peu intense

2 : De temps en temps mais intense

3 : Souvent, mais peu intense

4 : Souvent et intense

**Gingivites, parodontites, saignements, déchaussements dentaires**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Attrance pour le sucre ( autre que le chocolat noir )**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Rougeurs cutanées qui démangent, surtout après l'effort ou la douche**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Démangeaisons des aisselles, de l'anus**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Spasmes et gaz intestinaux intenses, sans odeurs**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Écoulements de nez fréquents**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Doigts gonflés et / ou douloureux le matin**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Constipation chronique**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Irritations chroniques de la gorge, toux sèche**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Urines Moussantes+/- Odeur Forte**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Rougeurs, fissures des commissures des lèvres**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Douleurs d'estomac, surtout si elles résistent aux anti- acides**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Tendance au surpoids**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Brouillard intellectuel, troubles de mémoire, concentration, recherche des mots**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Humeur fluctuante, excitation (surtout chez l'enfant)**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Hypersensibilité au bruit, à la lumière, à l'éffleurement**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Ecchymoses spontanées (" bleus " sans raison apparente)**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Apparition d'extrémités froides et/ou de friilosité**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Apparition d'une maladresse : chutes d'objets, gestes imprécis**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Fourmillements des extrémités, décharges électriques, brûlures sous la peau**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Jambes lourdes ou gonflées le soir**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

TOTAL DES POINTS

**Instabilités, sensation d'être ivre**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Flou visuel intermittent, ombres latérales, taches lumineuses**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Crampes nocturnes ou de repos**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Sursauts à l'endormissement, petits malaises lors de l'allongement**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Besoin d'agiter les jambes en position assise (contractions rapides)**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Tremblements musculaires fins (paupières ou autres muscles)**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense

**Manque d'air : Besoin d'inspirer profondément ; essoufflement à l'effort**

- 0 : Jamais ou presque jamais
- 1 : De temps en temps ; mais peu intense
- 2 : De temps en temps mais intense
- 3 : Souvent, mais peu intense
- 4 : Souvent et intense