

ÊTES-VOUS CANDIDAT AU CANDIDA ?

Ce questionnaire vous permettra de repérer rapidement si vos symptômes peuvent être liés à un déséquilibre Candida. Répondez à chaque question par **Oui** ou **Non**. À la fin, vous obtiendrez un score global qui vous aidera à évaluer le niveau de suspicion et à décider des prochaines étapes : ajustements alimentaires, gestion du stress, ou consultation spécialisée. Ce questionnaire n'est pas un diagnostic, mais un premier pas pour mieux comprendre vos symptômes.

SECTION A | ANTÉCÉDENTS ET TRAITEMENTS

1. Avez-vous pris des antibiotiques (même courte durée) au cours des dernières années ?
Oui / Non
2. Avez-vous pris des antibiotiques longue durée (≥ 1 mois pour l'acné ou plusieurs cures/an) ?
Oui / Non
3. Avez-vous déjà eu des infections fongiques chroniques (mycoses, pied d'athlète, etc.) ?
Oui / Non
4. Avez-vous pris de la cortisone (Prednisone, corticoïdes inhalés ou oraux) ?
Oui / Non
5. Prenez-vous ou avez-vous pris la pilule contraceptive ?
Oui / Non
6. Remarquez-vous que vos symptômes empirent par temps humide, en présence de moisissures ou de parfums forts ?
Oui / Non

Total Section A : ___ Oui

QUESTIONNAIRE

SECTION B | SYMPTÔMES FRÉQUENTS

1. Fatigue, manque d'énergie
Oui / Non
2. Ballonnements, gaz, troubles digestifs
Oui / Non
3. Fringales de sucre ou de glucides
Oui / Non
4. Mycoses vaginales ou démangeaisons intimes
Oui / Non
5. « Brain fog » ou difficulté de concentration
Oui / Non
6. Maux de tête ou migraines récurrentes
Oui / Non
7. Douleurs musculaires ou articulaires inexplicables
Oui / Non
8. Troubles hormonaux (règles irrégulières, syndrome prémenstruel)
Oui / Non

Total Section A : ___ Oui

QUESTIONNAIRE

SECTION C / AUTRES SIGNES

1. Sensibilité ou intolérances alimentaires nouvelles
Oui / Non
2. Mauvaise haleine ou goût amer persistant
Oui / Non
3. Sécheresse ou démangeaisons buccales
Oui / Non
4. Infections ORL (angine, bronchite, otite) fréquentes
Oui / Non
5. Irritabilité, anxiété, sautes d'humeur
Oui / Non
6. Frilosité aux extrémités
Oui / Non
7. Troubles du sommeil sans cause apparente
Oui / Non
8. Crises de faim ou tremblements entre les repas
Oui / Non

Total Section A : ___ Oui

INTERPRÉTATION DU SCORE GLOBAL

Calculez votre score total = (A + B + C).

Score total (Oui)

Interprétation

0-4 Faible suspicion : vos symptômes sont limités.

5-12 Suspect modéré : envisagez d'ajuster votre mode de vie et d'en savoir plus.

≥ 13 Forte suspicion : un bilan Candida et/ou un accompagnement spécialisé sont conseillés.

Important : ce questionnaire ne remplace pas un avis médical. Il sert à sensibiliser et à orienter vers les prochaines étapes : lectures, webinaire ou consultation auprès d'un spécialiste.

