

Prenez soin de vos émotions pour mieux vivre avec Hashimoto et l'hypothyroïdie

BILAN

Le Bilan Fleurs de Bach est une solution douce et personnalisée pour harmoniser vos émotions, soulager le stress et retrouver un quotidien plus serein.

Instructions pour répondre au questionnaire :

Pour chaque question, répondez par "Oui" ou "Non".

- Si vous répondez "Non", passez simplement à la question suivante.
- Si vous répondez "Oui", évaluez l'intensité de votre ressenti sur une échelle de 1 à 5 :
 - 1 = Faible intensité : Ressenti léger ou occasionnel.
 - 5 = Très forte intensité : Ressenti dominant ou constant.

Exemple :

"Ressentez-vous des pensées répétitives ou envahissantes liées à vos symptômes d'hypothyroïdie ?"

- Réponse : ☐ Oui (intensité : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ - 5 étant l'intensité au max
- Réponse : ☐ Non

Me retourner le questionnaire rempli par mail à : contact@albenaturelle.com ou albena.gauthier@gmail.com



Les Fleurs de Bach sont des compléments alimentaires qui ne traitent que de la sphère émotionnelle et ne remplacent pas un traitement médical prescrit par un médecin.

Ce Bilan ne remplace pas une consultation avec un médecin.



Albéna GAUTHIER
456 chemin du serre 30870 Clarensac
06.63.19.73.78

<https://www.albenaturelle.com>



La Peur

1°) Avez-vous des peurs spécifiques (ex. : peur de parler en public, peur des maladies) ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

2°) Craignez-vous que votre état de santé s'aggrave avec le temps ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

3°) Ressentez-vous des angoisses vagues, sans cause précise, comme un sentiment d'insécurité ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

4°) Vous réveillez-vous la nuit avec des pensées angoissantes ou un malaise inexplicable ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

5°) Ressentez-vous parfois que vous pourriez perdre le contrôle de vos pensées ou actions ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

6°) Avez-vous peur que vos symptômes deviennent incontrôlables ou qu'ils affectent vos proches ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

7°) Avez-vous déjà ressenti une panique soudaine, comme si vous ne pouviez pas gérer la situation ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

8°) Vous inquiétez-vous excessivement pour vos proches, même lorsqu'ils vont bien ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

9°) Craignez-vous que votre état de santé mette vos proches en difficulté ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

10°) Vous sentez-vous parfois paralysé(e) par la peur de l'avenir ou des diagnostics médicaux ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non



Incertitude et manque de confiance

1°) Hésitez-vous souvent entre deux choix, même pour des décisions simples ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

2°) Vous arrive-t-il de changer d'avis fréquemment à propos de votre santé ou de vos traitements ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

3°) Vous sentez-vous perdu(e), sans direction claire dans votre vie ou vos objectifs ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

4°) Avez-vous l'impression que votre maladie vous empêche de trouver votre voie ou d'avancer ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

5°) Manquez-vous de confiance en vos capacités à réussir vos projets personnels ou professionnels ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

6°) Avez-vous du mal à croire que vous pouvez surmonter les défis de votre maladie ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

7°) Vous sentez-vous découragé(e) facilement si vos efforts ne donnent pas de résultats ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

8°) Avez-vous ressenti une perte de motivation après un échec ou une rechute ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

9°) Vous avez parfois l'impression que rien ne peut améliorer votre situation, peu importe ce que vous faites ?

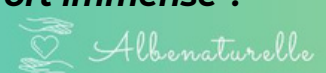
☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

10°) Vous sentez-vous mentalement fatigué(e), comme si tout était un effort immense ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non



Manque d'intérêt pour le présent

1°) Vous perdez-vous dans vos pensées ou rêvassez-vous souvent ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

2°) Avez-vous du mal à rester concentré(e) sur le moment présent à cause de votre état ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

3°) Vous pensez souvent au passé, avec nostalgie ou regret ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

4°) Ressentez-vous que vos erreurs passées vous freinent dans vos choix actuels ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

5°) Vous sentez-vous parfois indifférent(e), comme si rien ne pouvait vraiment vous toucher ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

6°) Avez-vous des problèmes de peau ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

7°) Avez-vous l'impression de subir votre quotidien, sans énergie pour agir ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

8°) Avez-vous des pensées répétitives ou envahissantes, particulièrement concernant vos symptômes ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

9°) Ces pensées vous empêchent-elles de profiter du moment présent ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

10°) Ressentez-vous parfois une tristesse ou mélancolie soudaine sans raison apparente ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non



Solitude

1°) Vous sentez-vous mieux seul(e) que dans des interactions sociales ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

2°) Vous sentez-vous incompris(e) par les autres à propos de votre maladie ou de vos symptômes ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

3°) Vous ressentez-vous irrité(e) ou impatient(e) lorsque les autres ne comprennent pas vos besoins ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

4°) Vous vous irritez facilement lorsqu'on minimise votre état de santé ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

5°) Vous cherchez souvent à parler de vos émotions, mais sentez-vous que personne ne comprend ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

6°) Avez-vous tendance à monopoliser les conversations sur vos difficultés pour vous sentir écouté(e) ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

7°) Vous sentez-vous exclu(e) ou éloigné(e) de votre entourage à cause de vos limitations ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

8°) Vous avez l'impression d'être en décalage avec les autres dans vos activités ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

9°) Vous ressentez-vous isolé(e) dans votre expérience de la maladie, même parmi vos proches ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

10°) Vous avez du mal à participer à des activités sociales à cause de votre fatigue ou de vos symptômes ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non



Hypersensibilité aux influences extérieures

1°) Vous avez du mal à dire non ou à poser des limites à vos proches ou collègues ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

2°) Vous vous sentez submergé(e) par les attentes des autres, malgré votre fatigue ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

3°) Vous avez du mal à gérer les critiques ou remarques négatives ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

4°) Vous ressentez-vous vulnérable aux changements, comme une alimentation ou une routine modifiée ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

5°) Cachez-vous vos souffrances derrière un sourire pour ne pas inquiéter les autres ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

6°) Avez-vous du mal à exprimer vos vraies émotions, surtout lorsque vous allez mal ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

7°) Ressentez-vous de la jalousie ou de l'envie envers ceux qui semblent en meilleure santé ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

8°) Avez-vous des pensées de colère ou de frustration envers votre situation ou votre entourage ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

9°) Vous sentez-vous perturbé(e) par des changements dans votre environnement ou routine ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

10°) Vous faites souvent passer les besoins des autres avant les vôtres, même si cela vous épuise ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non



Découragement ou désespoir

1°) Vous vous sentez souvent dépassé(e) par tout ce que vous avez à gérer au quotidien ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

2°) Ressentez-vous un fort sentiment de culpabilité, même pour des choses hors de votre contrôle ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

3°) Avez-vous déjà ressenti un désespoir total, comme si tout était perdu ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

4°) Vous ressentez parfois de l'amertume ou un sentiment d'injustice face à votre maladie ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

5°) Vous avez tendance à continuer à vous surmener, même lorsque votre corps réclame du repos ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

6°) Vous avez besoin de purifier votre esprit ou votre corps, comme si quelque chose "clochait" en vous ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

7°) Avez-vous récemment vécu un événement traumatisant ou un choc émotionnel difficile à surmonter ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

8°) Vous avez du mal à accepter les limites imposées par votre état de santé ?

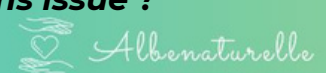
- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

9°) Ressentez-vous une tristesse ou un vide profond lié à un diagnostic ou une situation récente ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non

10°) Vous avez parfois l'impression d'être coincé(e) dans une situation sans issue ?

- ☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)
☐ Non



Préoccupation excessive pour les autres

1°) Vous vous inquiétez excessivement pour vos proches, au point de vous oublier ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

2°) Avez-vous tendance à vouloir contrôler les autres ou leurs décisions ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

3°) Vous êtes perfectionniste, même lorsque cela vous épuise physiquement ou mentalement ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

4°) Vous essayez souvent de convaincre les autres de partager vos idées ou votre vision ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

5°) Vous ressentez de la frustration ou de l'irritation lorsque les autres ne suivent pas vos conseils ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

6°) Avez-vous tendance à juger ou critiquer les comportements des autres ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

7°) Vous êtes très strict(e) avec vous-même, au point de vous priver de plaisir ou de flexibilité ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

8°) Vous ressentez parfois un besoin intense de plaire ou d'être utile à tout prix ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

9°) Avez-vous l'impression d'avoir des attentes irréalistes envers vous-même ou les autres ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

10°) Vous avez du mal à déléguer ou à faire confiance aux autres pour certaines tâches ?

☐ Oui (intensité : 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □)

☐ Non

