# LE TEST DES VITAMINES

QUESTIONS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Oui | Parfois | Non |
| 1. | Y a-t-il des pellicules dans vos cheveux?  |  |  |  |
| 2. | Votre langue est-elle rouge vif? |  |  |  |
| 3. | Êtes-vous rapidement essoufflé? |  |  |  |
| 4. | La nuit, êtes-vous sujet à des insomnies? |  |  |  |
| 5. | Vous faites-vous un bleu chaque fois que vous vous cognez? |  |  |  |
| 6. | Restez-vous longtemps aveuglé après avoir été frappé parune lumière éclatante et soudaine? |  |  |  |
| 7. | Êtes-vous sujet à des saignements de nez difficiles à arrêter? |  |  |  |
| 8. | Êtes-vous bronchitique ou asthmatique? |  |  |  |
| 9. | Avez-vous des ongles qui se brisent à rien? |  |  |  |
| 10. | Souffrez-vous de maladie du coeur? |  |  |  |
| 11. | Vos muscles sont-ils douloureux? |  |  |  |
| 12. | Avez-vous du poids à perdre? |  |  |  |
| 13. | Avez-vous des verrues? |  |  |  |
| 14. | Faites-vous du cholestérol ? |  |  |  |
| 15. | Avez-vous souvent mal à la gorge? |  |  |  |
| 16. | Souffrez-vous d’arthrite? |  |  |  |
| 17. | Êtes-vous toujours fatigué même sans efforts? |  |  |  |
| 18. | Souffrez-vous d’impuissance ou de stérilité? |  |  |  |
| 19. | Êtes-vous un habitué du rhume ou de la grippe? |  |  |  |
| 20. | Êtes-vous sujet à la nervosité? |  |  |  |
| 21. | Avez-vous des troubles visuel, “taches” ou “mouche” dansant dans vos yeux? |  |  |  |
| 22. | Vous sentez-vous faible? |  |  |  |
| 23. | Vous arrive-t-il d’avoir des crampes aux mollets? |  |  |  |
| 24. | Avez-vous des troubles de diabète? |  |  |  |
| 25. | Avez-vous des cernes autour des yeux? |  |  |  |
| 26. | Avez-vous des problèmes avec vos sinus? |  |  |  |
| 27. | Vos gencives sont-elles enflées et saignantes? |  |  |  |
| 28. | Vos cheveux tombent-ils? |  |  |  |
| 29. | Faites-vous de la haute pression? |  |  |  |
| 30. | Avez-vous des troubles d’allergies? |  |  |  |
| 31. | Avez-vous des traces de séborrhée sur les ailes du nez, autour des oreilles, près des yeux? |  |  |  |
| 32. | Vos dents branlent-elles? |  |  |  |
| 33. | Avez-vous des vertiges? |  |  |  |
| 34. | Avez-vous des trous de mémoire? |  |  |  |
| 35. | Avez-vous des douleurs menstruelles? |  |  |  |
| 36. | Êtes-vous aveuglé par le soleil si vous ne portez pas de verres fumés? |  |  |  |
| 37. | Êtes-vous parmi les timides ou les indécis? |  |  |  |
| 38. | La pollution vous incommode-t-elle? |  |  |  |
| 39. | Avez-vous des troubles avec votre vésicule biliaire? |  |  |  |
| 40. | Souffrez-vous de constipations? |  |  |  |
|  | **TOTAL** |  |  |  |

Si les OUI et les PARFOIS l’emportent sur les NON, il se peut que vous manquiez de vitamines.

Surveillez votre nourriture et vérifiez si vous consommez bien les aliments qui vous sont nécessaires pour rendre à votre organisme son équilibre et lui permettre de se défendre; mieux encore, absorbez régulièrement des compléments alimentaires de vitamines.

Si vous voulez savoir quelles vitamines vous manquent plus particulièrement, consultez le tableau suivant:

Les OUI correspondent aux numéros... indiquent une déficience en...

1-6-15-26-36 Vitamine A

2-3-4-17-20-21-22-31-33-34-40 Vitamine B

5-11-19-27-32 Vitamine C

10-13-18-24-35-38 Vitamine E

7 Vitamine K

8-12-16-30-37 Luzerne

9-23-28 Calcium

14-25-29-39 Lėcithine

Pour vous procurer les meilleures vitamines au monde voir ***Plan de Vie Shaklee*** au site suivant:

[www.massageplus.myshaklee.com](http://www.massageplus.myshaklee.com) ou communiquez avec moi au gilles@canbec101.com