

## Checkliste Coinfections

Nom de famille, prenom..... Date (JJ/MM/AAAA) .....

|    | Symptomes actuels et passes<br>Noter à l'aide d'une croix                                        | X | Score / Points<br>(A remplir par un doctor ou<br>naturopathe) | Rang |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------|------|
| 1  | Maux d'estomac, problèmes gastro-intestinaux                                                     |   | Ehrlichia&Anaplasma: .....                                    |      |
| 2  | Anémie                                                                                           |   | Babésia: .....                                                |      |
| 3  | Diarrhée intermittente                                                                           |   | Rickettsia: .....                                             |      |
| 4  | Fièvre ou état fébrile                                                                           |   | Bartonella: .....                                             |      |
| 5  | Manque de concentration, perturbations de la mémoire,<br>tendance à oublier aisément             |   | Chl.pneumoniae: .....                                         |      |
| 6  | Encéphalites / inflammation du cerveau (RMN)                                                     |   | Chl.trachomatis: .....                                        |      |
| 7  | Couleur jaunâtre de la peau/yeux                                                                 |   | Yersinia: .....                                               |      |
| 8  | Articulations douloureuses, gonflement des articulations                                         |   | Mycoplasma: .....                                             |      |
| 9  | Crampes et douleurs généralisées, problèmes tendineux                                            |   | Coxsackie-/Echo-Virus: .....                                  |      |
| 10 | Symptômes pseudo-grippaux intermittents                                                          |   | EBV/CMV/HSV/VZV: .....                                        |      |
| 11 | Irritation(s) cutanée(s)                                                                         |   |                                                               |      |
| 12 | (Petites) tâches dermatologiques rouges / violettes                                              |   |                                                               |      |
| 13 | Troubles cardiaques, perturbations du rythme cardiaque                                           |   |                                                               |      |
| 14 | Toux, expectoration                                                                              |   |                                                               |      |
| 15 | Maux de tête/migraines                                                                           |   |                                                               |      |
| 16 | Fonction hépatique anormale ou insuffisance hépatique/<br>résultats sanguins hépatiques anormaux |   |                                                               |      |
| 17 | Pneumonie, bronchite                                                                             |   |                                                               |      |
| 18 | Gonflement des ganglions lymphatiques                                                            |   |                                                               |      |
| 19 | Amygdalite/angine                                                                                |   |                                                               |      |
| 20 | Élargissement de la rate                                                                         |   |                                                               |      |
| 21 | Fatigue/épuisement, intermittents ou syndrome de<br>fatigue chronique                            |   |                                                               |      |
| 22 | Douleurs musculaires, faiblesses musculaires                                                     |   |                                                               |      |
| 23 | Tremblements/frissons, sensations de froid                                                       |   |                                                               |      |
| 24 | Sensation mentale de brouillard/de vague,<br>scintillement/clignotement, vision double           |   |                                                               |      |
| 25 | Nausées, vomissements                                                                            |   |                                                               |      |
| 26 | Urine foncée                                                                                     |   |                                                               |      |
| 27 | Démangeaisons ou douleurs en urinant                                                             |   |                                                               |      |