

Interview personnelle du client Marquer d'une croix	Analyse -G-B-M Etat actuel		Résultat 14 à 21 jours après suppression de la radiation par G-B-M		
			inchangé	soulagé	éliminé
<b>↵ Affections générales</b>	<b>ELLE</b>	<b>LUI</b>	<b>Complété par G-B-M</b>		
01 Fatigue			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Réduction du rendement			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Insomnie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Douleurs dans la nuque			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Mal de dos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Jambes agitées			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Troubles circulatoires			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Troubles de circulation sanguine			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Pieds froids			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Hypertension			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Hypotension			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Maux de tête/migraine			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Palpitations			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Etourdissements			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Difficultés de respiration			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Asthme			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Névrite			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Infections des oreilles			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Infections des yeux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Rhumatisme			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Arthrite			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Arthrose			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Affections de la vessie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Enurésie nocturne			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Affections des reins			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Manque d'entrain			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Difficultés de concentration			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Nervosité			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Irritabilité			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Indisposition			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Agitation			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Etats de tension			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Dépression			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Eczéma			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Sueurs			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>