

## **QUESTIONNAIRE POUR DETERMINER VOTRE DOSHA**

**Votre constitution ayurvédique vous a été donnée par vos parents lors de votre conception. Elle ne changera jamais ! En revanche, tout au long de notre vie, en fonction de notre environnement, notre alimentation, notre état d'esprit, nos émotions,...notre constitution peut se trouver en déséquilibre. C'est là qu'apparaissent des symptômes, des maladies, etc...**

Selon l'Ayurvéda, l'univers est composé de 5 éléments – la terre, l'eau, l'air, le feu et l'éther – répartis dans 3 doshas :

Vata (le cérébral), Pitta (le passionné) et Kapha (le tempéré)

Chaque individu est constitué d'une combinaison unique de ces 5 éléments.

Même si vous possédez les 5 éléments en vous, vous avez un dosha dominant, voire un mélange de deux doshas (plus rarement les 3).

### **Note explicative pour le compléter:**

Ce questionnaire permet de définir votre terrain de constitution à l'âge de 20 ans, ainsi que celui à l'heure actuelle.

C'est pourquoi, **ce test doit être réalisé 2 fois**, l'un décrivant votre terrain à l'âge de 18-20 ans (qui correspond à votre constitution de base = votre Prakruti) et l'autre au moment présent (= votre vikruti : déséquilibre) . S'il y a une différence, l'équilibre sera à rétablir.

**Pour chaque critère, merci de surligner les termes qui vous correspondent, à noter que vous pouvez vous retrouver dans plusieurs doshas pour chacun des critères.**

A la fin du questionnaire, veuillez totaliser chaque colonne pour chaque dosha, et pour chaque âge.

Ce questionnaire est aussi une manière de se recentrer en s'observant, en conscience, et sans jugement. Aussi, prenez tout le temps nécessaire pour le compléter.

<b>Votre Nom :</b>	<input type="text"/>	<b>Prénom(s) :</b>	<input type="text"/>	<b>Votre date de naissance :</b>	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	--------------------	----------------------	----------------------------------	----------------------

Taille actuelle :       Poids actuel :

	<b>VATA</b>	A 20 ans	Actuel	<b>PITTA</b>	A 20 ans	Actuel	<b>KAPHA</b>	A 20 ans	Actuel
<b>MA MORPHOLOGIE</b>	Grande ou petite (<1,55m), Mince, fine, filiforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taille moyenne, équilibrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Large, trapu, rondeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>LE POIDS DE MON CORPS</b>	Léger, instable, difficile à maintenir ou à prendre du poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Modéré, stable, bonne musculature, peut prendre ou perdre du poids facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excès de poids, accumule graisse et eau facilement, difficulté à perdre du poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TEINT DE MA PEAU</b>	Mat, foncé, noir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rose, rouge, jaune clair, brillant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pale, Blanc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TEXTURE DE MA PEAU</b>	Sèche, fine, fraîche au toucher, rugueuse, ridée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douce, humide, chaude, taches de rousseur, grains de beauté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épaisse, grasse, humide, lisse, douce au toucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MES CHEVEUX</b>	Fins, secs, bouclés, noirs, cassants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Modérés, doux, gras, roux, blond, gris précocement, chauve tôt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abondants, épais, gras, ondulés ou bouclés, brillants, bruns, châtains ou noirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MES YEUX</b>	Petits, ternes, secs, bruns ou noirs, cligne des yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moyens, perçants, pénétrants, sensibles à la lumière, vert, brun, gris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grands, attirants, bleus, noirs, cils épais et long, mucosités, larmes faciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MES SOURCILS</b>	Fins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moyens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épais, Large, broussailleux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MON NEZ</b>	Petit et fin, retroussé, tordu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moyen, parfois pointu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Large	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MES LÈVRES</b>	Fines, sèches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moyennes, roses, rouges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Large, épaisses et fermes, pâles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MES DENTS</b>	Petites et fragiles, de travers, irrégulières, gencives fines, possibilité de déchaussement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taille moyenne, régulières, jaunes, gencives sensibles souvent saignantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grandes, solides et blanches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MON MENTON</b>	Fin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ovale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rond, double menton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MON COU</b>	Grand et fin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MES ÉPAULES</b>	Étroites et tombantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De taille moyenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Large, fermes et développées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MES MAINS</b>	Petites, sèches, doigts longs et fins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De taille moyenne, chaudes, roses, humides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Large, fermes, grasses, fraîches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>MES ONGLES</b>	Cassants, secs, rugueux, fragiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souples, roses, se plient facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épais, durs, blancs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MES VEINES</b>	Proéminentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un peu visibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non visibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MA POITRINE</b>	Peu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MES HANCHES</b>	Étroites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De taille moyenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Larges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CUISSES ET JAMBES</b>	Minces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moyennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Charnues, trapues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MES PIEDS</b>	Petits et fins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moyens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MES SAVEURS PRÉFÉRÉES</b>	Sucré, acide, salé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sucré, amer, astringent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piquant, amer, astringent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MON APPÉTIT</b>	Irrégulier, faible avec moments de grande faim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bon, excessif, démesuré sans prise de poids, irritable si ne mange pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laborieux mais régulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MA SOIF</b>	Variable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MA TRANSPARATION</b>	Peu, sans odeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abondante, forte odeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Modérée, légère odeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MES URINES</b>	Peu abondantes, sans couleur, écumeuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abondantes, colorées, jaunes, tendance aux infections urinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Modérées, claires ou laiteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MES SELLES</b>	Sèches, dures, tendance à la constipation, flatulences, alternances constipation diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Molles, grasses, abondantes, jaunâtres, tendance à la diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lourdes, épaisses, grasses, pâles, lentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MA DIGESTION</b>	Irrégulière (ballonnements, gaz, constipation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rapide (brûlure, diarrhée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MA CIRCULATION</b>	Faible, variable, extrémités froides, ventre froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bonne, chaude, parfois bouffées de chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lente mais régulière, extrémités froides, ventre chaud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MA DÉMARCHE</b>	Rapide avec des petits pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D'allure moyenne, décidée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lente et gracieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MA FAÇON DE PARLER</b>	Rapide, bavarde, imaginative et excessive, parle avec les mains, voix basse et faible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précise, concise, claire, détaillée, bien organisée, argumentée, voix forte et déterminée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lente, monotone, mélodieuse, douce, voix calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MA FAÇON DE PENSER</b>	Rapide, incessante, pense tout le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organisée, efficace, percutant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lente et méthodique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>J'INTÈGRE L'INFORMATION</b>	Rapidement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A vitesse moyenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lentement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MA FAÇON D'APPRENDRE</b>	En écoutant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En lisant ou avec des supports visuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En l'associant à des souvenirs, méthodique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MA MÉMOIRE</b>	Bonne à court terme, mauvaise à long terme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bonne en général, vive, claire et distincte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mémoire d'éléphant mais lent à apprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>MON RYTHME D'ACTIVITÉS</b>	Hyperactif ou très actif, fait plusieurs choses à la fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actif, modéré, motivé, concentré, réfléchi, à la recherche d'objectifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lent, léthargique, constant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ENDURANCE</b>	Faible, commence et s'arrête vite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moyenne mais courageux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grande mais lent à démarrer ; n'aime pas beaucoup le sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MA FAÇON DE DÉPENSER</b>	Gaspilleur, dépense en bagatelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Modéré, dépense pour des projets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Économe, conserve ce qu'il gagne, dépense en nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MA FOI EN QQCHOSE</b>	Variable, change d'avis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fanatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MES QUALITES</b>	Créatif, imaginatif, passionné, enthousiaste, communicatif, original, grand sens de l'humanité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Courageux, vif, créatif, intrépide, indépendant, concentré, perspicace, coquet, soigné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raisonné, méticuleux, patient, loyal, simple, ordonné, concentré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MES EMOTIONS</b>	Peur, anxiété, insécurité, stress, inquiétude, solitude, soupire, Instable, saut d'humeur, imprévisible, influençable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exigeant, aime avoir raison, tendance à jalousie, agressif, à être querelleur, critique, orgueilleux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calme, stable, s'attache facilement, possessif, sentimental, envieux, léthargique, assommé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MON SOMMEIL</b>	Léger, facilement réveillé, parfois insomniaque, grince des dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bon mais bref, se rendort facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dort beaucoup, sommeil lourd, difficile à réveiller, tendance aux siestes en journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SENSATION DE CHALEUR</b>	Toujours froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toujours chaud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sent bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>JE CRAINS PLUS...</b>	Le bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La lumière vive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les odeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MES TENDANCES MALADIES</b>	Troubles du système nerveux (angoisse, anxiété, dépression...) douleurs, rhumatismes, arthrite, constipation, mal. dégénératives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflammations, fièvre, infections, maladies du foie et du sang, migraines, acidité, ulcères, maladies cardiaques...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du système respiratoire, mucosités, œdèmes, dépression, mélancolie, obésité...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TENDANCES PROFESSIONS</b>	Artiste, domaine de la beauté, enseignant, philosophe, écrivain...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Juristes, politiciens, orateurs, dirigeants, chefs d'entreprise, commerçants...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relation d'aide, professions médicales, para médicales...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>	<b>VATA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>PITTA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>KAPHA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>