

Auto diagnosi della propria costituzione

Se volete maggiori informazioni sulla vostra costituzione o il vostro squilibrio umorale, potete usare questa tabella in due modi:

1. Costituzione

Per scoprire qual è la vostra costituzione è necessario leggere bene la tabella e ricordarvi della propria vita, della salute dall'infanzia e segnare le caselle appropriate una ad una. Infine, contate il numero di caselle segnate. Il numero massimo evidenzierà l'umore predominante e la vostra costituzione, il secondo numero mostrerà il secondo umore più importante. Se i due numeri sono quasi uguali, significa che avete una costituzione mista. Tre numeri uguali rappresentano una buona costituzione con un giusto equilibrio tra i tre umori.

2. Disturbo umorale

Segnate i disturbi avvertiti da tre anni ad oggi; il numero predominante indica la natura e l'origine del disordine. Se trovate due numeri quasi simili, l'origine del disordine è dovuta a due umori.

Quando tre numeri sono più o meno uguali, i tre umori sono coinvolti nel disordine attuale.

Misurazione generale del test

Normale 0-6 punti

Siete in salute e gli umori sono in equilibrio.

Disordine costituzionale 7-13 punti

Un numero superiore a 7 indica un disordine costituzionale. La salute può essere ristabilita tramite una dieta ed un comportamento appropriato. A volte sono necessarie medicine e terapie.

Patologia 14-20 punti

Un numero superiore a 14 significa che un umore è aumentato in modo patologico e la situazione richiede una cura.

Questa tabella è indicativa della vostra costituzione corporea. Se avete seguito un corso di Medicina Tibetana potete usarla a scopo diagnostico.

Le informazioni che troverete qui sono generali e non devono essere considerate consigli personali; inoltre non sostituiscono la consultazione presso un medico tibetano.

AUTODIAGNOSI DELLA PROPRIA COSTITUZIONE E DEI DISORDINI UMORALI

1	Quale è il carattere di vostra madre?	<input type="checkbox"/>	Nervoso	<input type="checkbox"/>	Aggressivo	<input type="checkbox"/>	Calmο e tranquillo
2	Quale è il carattere di vostro padre?	<input type="checkbox"/>	Nervoso	<input type="checkbox"/>	Aggressivo	<input type="checkbox"/>	Calmο e tranquillo
3	Come è la digestione?	<input type="checkbox"/>	Variabile	<input type="checkbox"/>	Rapida	<input type="checkbox"/>	Lenta
4	Quando compaiono i sintomi?	<input type="checkbox"/>	A stomaco vuoto	<input type="checkbox"/>	Durante la digestione	<input type="checkbox"/>	Subito dopo mangiato
5	Quali sintomi gastrici avvertite?	<input type="checkbox"/>	Aerofagia	<input type="checkbox"/>	Acidità	<input type="checkbox"/>	Indigestione
6	Quale è il sapore che preferite?	<input type="checkbox"/>	Caldo, forte	<input type="checkbox"/>	Amaro, dolce	<input type="checkbox"/>	Dolce, salato
7	A quale tipo di cibo siete allergici o avete intolleranza e difficoltà nella digestione?	<input type="checkbox"/>	Caffè, peperoni verdi, fagioli	<input type="checkbox"/>	Latte, aglio, alcool, cibi grassi	<input type="checkbox"/>	Carboidrati, cetrioli, verdura cruda
8	Quali organi o parti del corpo sono deboli o sensibili?	<input type="checkbox"/>	Cuore, colon, pelle, petto e spalla sinistra	<input type="checkbox"/>	Fegato, occhi, cistifellea, intestino tenue, spalla destra, mal di testa	<input type="checkbox"/>	Reni, vescica urinaria, milza, stomaco, parte bassa della schiena, gambe
9	Quali organi di senso sono deboli?	<input type="checkbox"/>	Orecchie, lingua, pelle	<input type="checkbox"/>	Occhi, pelle, gola	<input type="checkbox"/>	Naso, labbra, eccessivo muco
10	Quale è la vostra temperatura corporea?	<input type="checkbox"/>	Fredda	<input type="checkbox"/>	Calda	<input type="checkbox"/>	Fredda e umida
11	Come è la vostra struttura corporea?	<input type="checkbox"/>	Magra, statura bassa o alta	<input type="checkbox"/>	Media con spalle larghe	<input type="checkbox"/>	Obesa o tozza
12	Qual è il colore dei capelli e della pelle?	<input type="checkbox"/>	Scuri o grigi, fragili, pelle secca e ruvida	<input type="checkbox"/>	Capelli grassi, rossi, ricci, pelle secca e rossa	<input type="checkbox"/>	Capelli neri e forti, dritti, pelle levigata e umida
13	A quale clima siete sensibile?	<input type="checkbox"/>	Vento freddo	<input type="checkbox"/>	Caldo	<input type="checkbox"/>	Umido, pesante
14	Quante volte alla settimana dovete fare il bagno?	<input type="checkbox"/>	Raramente	<input type="checkbox"/>	Spesso	<input type="checkbox"/>	Qualche volta
15	Come dormite solitamente?	<input type="checkbox"/>	Sonno corto, insonnia, incubi	<input type="checkbox"/>	Sonnolenza durante il giorno e poco di notte	<input type="checkbox"/>	Sonno profondo
16	Quali sono i sogni?	<input type="checkbox"/>	Volare, colori blu e nero	<input type="checkbox"/>	Violenti, colori rosso o giallo	<input type="checkbox"/>	Cadere o scendere, colore verde o acqua
17	Quale è la vostra attitudine mentale?	<input type="checkbox"/>	Emotiva, sentimentale	<input type="checkbox"/>	Aggressiva, paurosa	<input type="checkbox"/>	Depressa, malinconica
18	Quale tipo di problema psicologico o fisico avete?	<input type="checkbox"/>	Ipersensibilità, emotività, ansia e nervosismo	<input type="checkbox"/>	Mal di testa, dissenteria, infezioni, infiammazioni febbrili	<input type="checkbox"/>	Indigestione, ritenzione idrica, disordini cronici senza infiammazione
19	Come è la lingua?	<input type="checkbox"/>	Rossa e secca	<input type="checkbox"/>	Tendente al giallo con patina spessa	<input type="checkbox"/>	Pallida, con saliva biancastra e spessa
20	Com'è la funzione intestinale?	<input type="checkbox"/>	Stitichezza	<input type="checkbox"/>	Tendenza alla diarrea	<input type="checkbox"/>	Normale
	Risultati	—	Vento	—	Bile	—	Flemma

