



Delphine CHAMPOUILLON

Diététicienne Nutritionniste
ADELI 69 95 0292 8

Adresse postale :
78, Allée du Parc
69380 CHASSELAY

Cabinet de consultations :
38, rue du Mal de Lattre de Tassigny
69009 LYON
Tel : 06.83.77.43.73 - 04.74.70.12.92
E-mail : dietetique@croqlapom.fr
Web : <http://www.croqlapom.fr>

Questionnaire bilan nutritionnel

Informations générales

M. Mme Melle

Nom

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Adresse

Prénom

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse e-mail

Situation de famille

Avec conjoint Célibataire Divorcé Veuf

Nombre d'enfants à charge

Profession

Besoins et objectifs

Quel est le type de votre démarche ?

Démarche spontanée Prescription médicale

Si prescription médicale, indiquez le nom et la spécialité du médecin prescripteur :

Indiquez :

Votre taille

 cm

Votre poids actuel

 kg

Votre poids souhaité

 kg

Quels sont le ou les motif(s) de consultation ?

- | | | |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Surpoids | <input type="checkbox"/> Amaigrissement | <input type="checkbox"/> Activité physique intense |
| <input type="checkbox"/> Grossesse | <input type="checkbox"/> Diabète gestationnel | <input type="checkbox"/> Suite de grossesse |
| <input type="checkbox"/> Simple déséquilibre alimentaire | <input type="checkbox"/> Compulsions alimentaires | <input type="checkbox"/> Anorexie |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Pathologie cardio-vasculaire |
| <input type="checkbox"/> Pathologie digestive | <input type="checkbox"/> Pathologie rénale | |

Résultats d'analyse anormaux (précisez)

Allergies/intolérances alimentaires (précisez)

Autre motif (précisez)

Expliquez en quelques lignes ce qui vous amène à consulter aujourd'hui. Faites un bref historique, notamment en cas de surpoids, d'amaigrissement, ou de pathologie (à quand cela remonte-t-il, quel a été l'élément déclencheur, comment s'est faite l'évolution jusqu'à aujourd'hui).

Si vous avez déjà suivi un régime, avez-vous consulté :

Un(e) diététicien(ne)

Un médecin nutritionniste

Un médecin généraliste

Un pédiatre

Une autre personne (précisez)

Je n'ai jamais suivi de régime

Quel a été le résultat de cette ou ces expérience(s) ?

Si vous suivez un traitement médical, indiquez lequel :

Fumez-vous ?

Oui

Non

Si oui, combien par jour :

Si vous avez arrêté, précisez quand :

Activité physique

Lors de votre activité principale de la journée, êtes-vous majoritairement :

Assis

Debout

Toujours en mouvement

Pratiquez-vous une ou plusieurs activité(s) physique(s) régulière(s) ?

Oui

Non

Si oui, indiquez cette ou ces activité(s) physique(s) en précisant fréquence et durée :

Si non, précisez pourquoi et indiquez si vous envisageriez d'avoir une activité physique si c'était nécessaire :

Chaque jour, marchez-vous au moins 10 minutes d'affilée, pour un total de :

Moins de 30 min/jour

Entre 30 min et 1h/jour

Plus d'1h/jour

Habitudes alimentaires

En-dehors des jours de repos (week-end), avez-vous des horaires de repas relativement réguliers ?

Oui

Non

Prenez-vous un petit déjeuner ?

Toujours

Pas toujours

Jamais

A quelle heure ?

Quel est le contenu de ce petit déjeuner ?

Prenez-vous un déjeuner assis ?

Toujours Pas toujours Jamais

A quelle heure ?

Quel est le contenu de ce déjeuner ?

Dînez-vous ?

Toujours Pas toujours Jamais

A quelle heure ?

Quel est le contenu de ce dîner ?

Diriez-vous que pendant les repas principaux, vous mangez :

Beaucoup Peu En quantité normale

En-dehors des trois repas principaux, prenez-vous une collation (plusieurs réponses possibles) ?

Dans la matinée Dans l'après-midi En soirée ou la nuit Pas de collation en général

Grignotez-vous entre les repas, sans que cela soit réellement une collation ?

Souvent De temps en temps Je ne grignote pas

Cuisinez-vous ?

Plusieurs fois par semaine Une à deux fois par semaine Moins d'une fois/semaine

Mangez-vous au restaurant ou chez des amis (hors restaurant d'entreprise) ?

Plusieurs fois par semaine Une fois par semaine Moins d'une fois/semaine

Mangez-vous dans un restaurant de type fast-food ?

Plusieurs fois/semaine Une fois par semaine Occasionnellement Jamais

Buvez-vous un apéritif alcoolisé ?

Plusieurs fois/semaine Une fois par semaine Occasionnellement Jamais

Expliquez ce que manger signifie pour vous (est-ce un plaisir, une contrainte, une obsession, un besoin...). Indiquez ici tout ce qui vous pose problème dans votre manière de vous alimenter.

Alimentation

En général, mangez-vous :

De la viande :

Deux fois par jour Une fois par jour Pas tous les jours Rarement ou jamais

Du poisson :

Au moins trois fois par semaine Une à deux fois par semaine Rarement ou jamais

Des œufs :

Au moins 4 oeufs par semaine Environ 2 oeufs par semaine Rarement ou jamais

Des crudités :

- Deux fois par jour Une fois par jour Pas tous les jours Rarement ou jamais

Des légumes cuits :

- Deux fois par jour Une fois par jour Pas tous les jours Rarement ou jamais

Des féculents (pâtes, riz, pommes de terre, blé, maïs, etc), sans compter le pain :

- Deux fois par jour Une fois par jour Pas tous les jours Rarement ou jamais

Des légumes secs (lentilles, haricots rouges, pois chiches, pois cassés, etc) :

- Au moins deux fois par semaine Une fois par semaine Rarement ou jamais

Des fruits crus :

- Au moins deux par jour Un par jour Pas tous les jours Rarement ou jamais

Des fruits cuits (compotes, fruits cuits, fruits au sirop) :

- Une fois par jour Une à trois fois par semaine Rarement ou jamais

Du fromage (1 portion = 1/8 de camembert) :

- Deux portions/repas Une portion/repas Une portion par jour Moins ou jamais

Des laitages (lait, yaourt, fromage blanc, etc) :

- Trois fois par jour Une à deux fois/jour Pas tous les jours Rarement ou jamais

Du pain (une baguette = 200 g) :

- Au moins 200 g/jour Entre 100 et 200 g/jour Entre 50 et 100 g/jour Moins de 50 g/jour

Des céréales de petit déjeuner (précisez le type :) :

- Tous les jours Au moins trois fois par semaine Rarement ou jamais

Des desserts sucrés (crèmes desserts, glaces, pâtisseries, etc) :

- Au moins trois fois par semaine Une à deux fois par semaine Rarement ou jamais

De la charcuterie (jambon, rilette, pâtés, saucisson, etc) :

- Au moins trois fois par semaine Une à deux fois par semaine Rarement ou jamais

Des produits sucrés (chocolat, bonbons, confiture, miel, sucre dans le café ou les laitages, etc) :

- Tous les jours Au moins trois fois par semaine Rarement ou jamais

Des viennoiseries (croissants, pains au chocolat, brioches, etc) ou des gâteaux secs :

- Au moins trois fois par semaine Une à deux fois par semaine Rarement ou jamais

Des produits frits (frites, chips, beignets, nuggets, cordon bleu, etc) ou feuilletés (friands) :

- Au moins trois fois par semaine Une à deux fois par semaine Rarement ou jamais

Des plats cuisinés tout prêts du commerce, type quiche, hachis Parmentier, plats en sauce :

- Au moins trois fois par semaine Une à deux fois par semaine Rarement ou jamais

Que buvez-vous dans la journée ?**Cuisinez-vous (plusieurs réponses possibles) :**

- Avec du beurre De l'huile De la margarine De la crème

Indiquez le ou les huile(s) que vous utilisez en cuisson et/ou assaisonnement :**Quelles sont vos habitudes concernant le sel ?**

- Vous resalez souvent à table Vous resalez rarement ou jamais

Utilisez-vous des produits allégés ?

- En sucre En graisse En sel

Y a-t-il des aliments que vous ne supportez pas ou que vous ne devez pas manger ?

Allergies

Je n'aime pas

Interdits par mon médecin

Ajoutez ici ce qui vous semble important et qui ne serait pas mentionné dans le questionnaire.