



QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER AVANT DE RENCONTRER LA DIÉTÉTISTE (RECTO/VERSO)



DONNÉES PERSONNELLES

Date : _____
 Prénom : _____
 Nom : _____
 Naissance : Date : _____ Âge : _____
 Adresse : _____
 Ville : _____
 Code postal : _____
 Tél. (maison) : _____
 Tél. (travail) : _____
 Occupation : _____
 État civil : ___ Cél. ___ Marié ___ Conj. fait
 Nb d'enfant (s) : _____ âges: _____
 Si enceinte : _____ ième semaine
 Référé par : _____

INFORMATIONS PERSONNELLES

Grandeur : _____
 Poids actuel : _____
 Poids le plus haut : _____
 Poids le plus bas : _____
 Poids le plus stable : _____
 Poids désiré : _____
 Raison de votre consultation et attentes face à la rencontre: _____

 Allergie : _____
 Dysphagie : _____
 Nom de votre médecin traitant: _____
 Clinique médicale: _____
 Adresse : _____
 Ville : _____ Téléphone : _____
 J'autorise ma nutritionniste à rédiger un rapport nutritionnel à mon médecin :
 _____ Signature du patient
 Problèmes de santé rencontrés dans la famille:

 Opérations ou maladies dans le passé:

 Valeurs sanguines normales?
 oui _____ non _____
 Spécifiez: _____

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Activité physique: _____
 Fréquence et durée : _____

Médicaments consommés

Nom	Dose	Raison

Suppléments
 (vitamines, minéraux, produits naturels, etc.) :

Tabagisme: _____ cigarettes par jour

Constipation: oui _____ non _____

Nb verres d'eau par jour: _____

Moment des collations:
 AM _____ PM _____ Soirée _____

Temps pris au repas:
 Déjeuner : _____ minutes
 Dîner : _____ minutes
 Souper : _____ minutes

Les repas souvent sautés sont:
 Déjeuner _____ Dîner _____ Souper _____

Périodes où vous mangez davantage?

Signaux faim et satiété reconnus : ___ oui ___ non
 Nombre de repas par semaine:
 À la cafétéria _____ au restaurant _____
 avec un lunch _____ autres _____

Endroits où vous mangez habituellement:
 Cuisine/salle à manger _____ salon _____
 bureau _____ auto _____ autre _____

Activités faites durant le repas:
 TV _____ lecture _____ radio _____
 parler _____ écrire _____ autre _____
 Comportements alimentaires à travailler :



QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER AVANT DE RENCONTRER LA DIÉTÉTISTE (RECTO/VERSO)



ÉCRIRE TOUT CE QUE VOUS AVEZ MANGÉ HIER (RAPPEL DE 24 HEURES)

Déjeuner : heure : _____ endroit: _____

Collation avant-midi: _____

Dîner : heure : _____ endroit: _____

Collation après-midi: _____

Souper : heure : _____ endroit: _____

Collation en soirée: _____

À COMPLÉTER SI VOUS DÉSIREZ PERDRE DU POIDS

Début de la prise de poids: _____
 Période dans la vie où il y a eu la prise de poids: _____

Causes selon vous: _____

Régimes suivis dans le passé:

- 1^{er} : _____
 2^{ième}: _____
 3^{ième}: _____
 4^{ième}: _____
 5^{ième}: _____

HABITUDES ALIMENTAIRES À COMPLÉTER AVEC LA DIÉTÉTISTE

VIANDES ET SUBSTITUTS (PAR SEMAINE)

- _____ Viande rouge
 _____ Poisson
 _____ Volaille
 _____ Jambon / charcuteries
 _____ Légumineuses
 _____ Oeufs
 _____ Noix/beurre d'arachides
 _____ Grosseur des portions _____

LÉGUMES :

- _____ frais _____ conserve _____ congelés
 Nb de portions par jour: _____
 Grosseur des portions: _____

PRODUITS CEREALIERS:

- _____ Tranches de pain par jour blanc / brun
 _____ t. pommes de terre par semaine
 _____ t. riz cuit par semaine
 _____ t. pâtes alimentaires par semaine
 _____ autres céréales par semaine
 _____ t. céréales à déjeuner, type: _____

FRUITS:

- _____ frais _____ conserve
 _____ fruit(s) par jour _____ verres de jus par jour

LAIT ET PRODUITS LAITIERS (PAR JOUR) :

- _____ t. de lait _____ %
 _____ t. de yogourt nature / fruits _____ %
 _____ onces de fromage type: _____
 _____ t. crème glacée / lait glacé

GRAS PAR JOUR :

- _____ c. à thé (5 mL) beurre / margarine
 _____ c. à thé d'huile _____
 _____ mayonnaise _____
 _____ tranches de bacon par semaine
 type de cuisson des aliments: _____

AUTRES ALIMENTS (encercler):

- _____ Café / thé / tisane par jour
 _____ Avec sucre / substituts de sucre / lait / crème
 _____ boisson gazeuse régulière / diète
 _____ onces d'alcool vin / apéro / fort / bière
 _____ pâtisseries (gâteau, tartes, etc.)
 _____ biscuits par semaine : _____
 _____ barres de chocolat par semaine : _____
 _____ Portions de 1 tasse de chips par semaine

Sel : _____ pas _____ peu _____ moyen _____ beaucoup