



# Questionnaire à compléter avant de rencontrer votre nutritionniste-diététiste

Données personnelles	Renseignements divers
Date de l'évaluation _____	Exercice _____ minutes par semaine
Prénom _____	Type d'activités physique _____
Nom _____	_____
Date de naissance _____ Âge _____	Médicaments consommés
Adresse _____	Nom _____ Dose _____ Raison _____
Ville _____	_____
Code Postal _____ Courriel _____ @ _____	_____
Tél. (maison) _____	_____
Tél. (travail) _____	Suppléments (vitamines, minéraux, produits naturels, etc.)
Occupation _____	_____
État civil <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Autre : _____	Nombre de cigarettes par jour _____
Nbre d'enfant (s) _____ Âges _____	Constipation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si enceinte, nbre de semaines _____	Nombre de verres d'eau par jour _____
Référé (e) par _____	Temps pris aux repas
Avez-vous une assurance remboursant les frais des diététistes/nutritionnistes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Déjeuner _____ Dîner _____ Souper _____
<b>Informations personnelles</b>	Les repas souvent sautés sont
Grandeur _____ Poids actuel _____	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Déjeuner <input type="checkbox"/> Dîner <input type="checkbox"/> Souper
Poids le plus haut _____ À quel âge? _____	Aliments les moins aimés _____
Poids le plus bas _____ À quel âge? _____	_____
Poids le plus stable _____ Poids désiré _____	Allergies ou intolérances alimentaires _____
Raisons de votre consultation et attentes face à la rencontre _____	_____
_____	Périodes où vous mangez davantage? _____
Nom du médecin traitant _____	_____
Clinique médicale _____	Nombre de repas par semaine
Adresse _____ Ville _____	À la cafétéria _____ Au restaurant _____
Code Postal _____	Avec un lunch _____ Autres _____
J'autorise ma nutritionniste à consulter mon dossier médical? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Endroits où vous mangez habituellement
Signature : _____	<input type="checkbox"/> Cuisine/salle à manger <input type="checkbox"/> Salon <input type="checkbox"/> Resto
J'accepte que la diététiste envoie un rapport diététique à mon médecin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Autre _____
Signature : _____	Activités faites durant le repas
Problèmes de santé rencontrés dans la famille _____	<input type="checkbox"/> Télévision <input type="checkbox"/> Lecture <input type="checkbox"/> radio
Opérations antérieures _____	<input type="checkbox"/> Conversation <input type="checkbox"/> Écriture <input type="checkbox"/> Travail
Valeurs sanguines normales? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Autre _____
Spécifiez _____	



