



Questionnaire à compléter avant de rencontrer votre nutritionniste-diététiste

Données personnelles

Date de l'évaluation _____

Prénom _____

Nom _____

Date de naissance _____ Âge _____

Adresse _____

Ville _____

Code postal _____ Courriel: _____ @ _____

Tél. (maison) _____

Tél. (travail) _____

Occupation _____

État civil Célibataire Marié Autre: __

Nbre d'enfant (s) _____ Âges _____

Si enceinte, nombre de semaines _____

Référé(e) par _____

Avez-vous une assurance remboursant les frais des diététistes/nutritionnistes? oui non

Informations personnelles

Grandeur _____

Poids actuel _____

Poids le plus haut _____ À quel âge? _____

Poids le plus bas _____ À quel âge? _____

Poids le plus stable _____

Poids désiré _____

Raison de votre consultation et attentes face à la rencontre _____

Nom du médecin traitant _____

Clinique médicale _____

Adresse _____ Ville _____

Code postal _____ Tél. _____

J'autorise ma nutritionniste à consulter mon dossier médical ?
 oui non

Signature : _____

J'accepte que la diététiste envoie un rapport diététique à mon médecin oui non

Signature _____

Problèmes de santé rencontrés dans la famille _____

Opérations ou maladies antérieures _____

Valeurs sanguines normales? oui non

Spécifiez _____

Renseignements divers

Exercice _____ minutes par semaine

Type d'activités physiques _____

Médicaments consommés

Nom	Dose	Raison
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

Nombre de cigarettes par jour _____

Constipation oui non

Nombre de verres d'eau par jour _____

Temps pris au repas

Déjeuner _____ Dîner _____ Souper _____

Les repas souvent sautés sont
 Aucun Déjeuner Dîner Souper

Aliments les moins aimés _____

Allergies ou intolérances alimentaires _____

Périodes où vous mangez davantage? _____

Nombre de repas par semaine

à la cafétéria _____ au restaurant _____

avec un lunch _____ autres _____

Endroits où vous mangez habituellement

cuisine/salle à manger salon resto

bureau auto autre _____

Activités faites durant les repas

télévision lecture radio

conversation écriture travail

autre _____





Écrivez tout ce que vous mangez habituellement durant une journée.

Déjeuner Heure _____ Endroit _____

Collation a.m. _____

Dîner Heure _____ Endroit _____

Collation p.m. _____

Souper Heure _____ Endroit _____

Collation en soirée _____

Habitudes alimentaires

Viandes et substituts par semaine _____

- _____ portion(s) de 3 onces (90 g) de viande rouge
- _____ portion(s) de 3 onces (90 g) de poisson
- _____ portion(s) de 3 onces (90 g) de volaille
- _____ œuf(s)
- _____ tranche(s) de charcuteries
- _____ portion(s) de 1 tasse (250 ml) de pois chiches, lentilles, soupe aux pois, etc.
- _____ c. à table (15 ml) noix
- _____ c. à table (15 ml) beurre d'arachides

Légumes _____

- frais conserve congelés

Nombre de tasses par jour _____

Féculents _____

- _____ tranche(s) de pain/jour blanc grains entiers
- _____ pomme(s) de terre par semaine
- _____ tasse(s) de riz cuit par semaine
- _____ tasse(s) de pâtes alimentaires par semaine
- _____ tasse(s) de céréales à déjeuner par semaine
- Sorte _____

Fruits _____

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

Lait et substituts par jour _____

- _____ tasse(s) de lait 0% 1% 2% 3,25%
- _____ tasse(s) de yogourt nature/fruits _____ %
- _____ once(s) de fromage • Sorte(s): _____
- _____ tasse(s) de crème glacée/lait glacé

Matières grasses par jour _____

- _____ c. à thé (5 ml) beurre margarine
- _____ c. à thé d'huile _____
- _____ mayonnaise ou vinaigrette type _____
- _____ tranches de bacon par semaine
- _____ crème

Cuisson des aliments avec gras sans gras

- _____ c. à table (15 ml) noix ou graines

Autres aliments (cochez)

- _____ Café(s) _____ thé(s) _____ tisane(s) par jour
- avec sucre sans sucre lait crème
- _____ Cannedes de boisson gazeuse régulière diète
- _____ Consommation(s) d'alcool par semaine (vodka, gin, etc.)
- _____ Coupe(s) de vin _____ apéro(s), digestif(s) bière(s) par semaine
- _____ Pâtisserie(s) (gâteaux, tartes, etc.)
- _____ Biscuit(s) par semaine sorte(s) _____
- _____ Barre(s) de chocolat par semaine
- _____ Sac(s) de chips par semaine petit moyen gros
- Sel pas peu moyen beaucoup

À compléter si vous désirez perdre du poids

Début de la prise de poids _____

Périodes dans la vie où il y a eu la prise de poids:

Causes (selon vous): _____

Régimes suivis dans le passé:

1^{er} _____

2^e _____

3^e _____

Commentaires _____

