

QUESTIONNAIRE POUR LE SUIVI DIÉTÉTIQUE A DISTANCE

Nom :

Sexe : F M

Prénom :

Age :

OBJECTIF →

DONNÉES PERSONNELLES

Situation familiale (célibataire, marié(e), avec enfants, sans enfants...) :

Situation professionnelle :

Horaires de travail :

Pratiquez-vous une activité physique ?

Si oui, de quel type et à quel moment de la semaine ?

Êtes-vous enceinte ? Si oui, depuis combien de semaines ?

Allaitez-vous votre enfant ?

Êtes-vous stressés ?

DONNÉES BIOLOGIQUES

Taille :

Poids actuel :

Poids maximum :

Poids minimum :

Bilan sanguin :

- Triglycéridémie :

- Cholestérolémie :

- Glycémie :

Avez-vous des allergies ? Si oui, lesquelles ?

Souffrez-vous d'une ou plusieurs pathologies ? Si oui, lesquelles ?.....

Suivez-vous un traitement médicamenteux ? Si oui le(s)quel(s) ?

DONNÉES NUTRITIONNELLES

Dans quelles conditions prenez-vous votre repas ? (en famille, seul(e), debout, autour de la table, devant la télé, dehors.....)

.....
.....
.....

Aimez-vous cuisiner ?

Préférences alimentaires :

- Ce que je n'aime pas :

- Ce que j'aime :

Êtes-vous végétarien ?.....

Êtes-vous végan ?

Quels aliments ne consommez-vous absolument pas ?

Avez-vous déjà pratiqué un régime ? Si oui lequel ?.....

Pour vous, quelles ont été les principales difficultés ?

.....

.....

Consommez-vous de l'alcool ? OUI NON

Si oui, quelle quantité et à quelle fréquence ?

Aimez-vous cuisiner ?

Combien de temps par jour êtes-vous prêts à consacrer à la cuisine ?

Moins de 30 min

Entre 30 min et 1h

Entre 1h et 1h30

Sur une échelle de 1 à 10 où se situe votre motivation ?

ANALYSE NUTRITIONNELLE

De manière générale, que consommez-vous ?

AU PETIT DÉJEUNER ...

Durée du repas :.....min

Dans quelles conditions ? (seul(e), debout, autour d'une table, en famille....)

Composition du repas :

COLLATION DU MATIN ...

Durée du repas :min

Dans quelles conditions ?

Ressentez-vous la faim ?

AU DÉJEUNER...

Durée du repas :

Dans quelles conditions ?

- Différence Semaine/ Week-end
- Quoi

COLLATION DE L'APRES-MIDI...

Durée :

Dans quelles conditions ?

Avez-vous une sensation de faim avant ?

AU DÎNER ...

Durée du repas :

Dans quelles conditions ?

- Différence Semaine/ Week-end
- Quoi

GRIGNOTAGE SOIR/NUIT ...

Quels aliments consommez-vous ?.....

A quel moment ?.....

Dans quelles conditions ?

Comment vous sentez-vous à ce moment-là ?.....

CARNET ALIMENTAIRE SUR 7 jours

Afin de connaître plus précisément vos habitudes alimentaires, veuillez remplir ce carnet alimentaire durant 7 jours. Ne changez rien à vos habitudes, si vous le pouvez notez également la quantité approximative. N'oubliez pas le pain et les boissons !

| | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | SAMEDI | DIMANCHE |
|-----------|-------|-------|----------|-------|----------|--------|----------|
| Petit Déj | | | | | | | |
| Collation | | | | | | | |
| Déjeuner | | | | | | | |
| Collation | | | | | | | |
| Dîner | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| Collation | | | | | | | |
| | | | | | | | |

