



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 : _____
 Assurance diététiste : oui / non

INFORMATIONS PERSONNELLES

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

 Nom de votre médecin traitant: _____
 Clinique médicale: _____
 Adresse : _____
 Ville : _____ Téléphone : _____
 Problèmes de santé rencontrés dans la famille:

 Opérations ou maladies dans le passé:

 Valeurs sanguines normales?
 oui _____ non _____
 Spécifiez: _____

WHAT PHYSICAL ACTIVITIES DO YOU DO ? _____

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?

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 _____



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



ÉCRIRE TOUT CE QUE MANGEZ DURANT UNE JOURNÉE HABITUELLE

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} : _____

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 CÉRÉALIERS:

_____ 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