

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :	Ville :	Code postal :
email :	Médecin traitant : N° de tel :	Recommandé par

Composition du ménage :

Passions, hobbies, centre d'intérêt :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Votre métier :

1. Objectif de la consultation (cocher les cases appropriées et barrer les mentions inutiles)

Préventif, curatif	Pass-âge	Préparation à une épreuve intellectuelle ou sportive	Perte de poids
Remise en forme après accroc de santé	Infertilité/grossesse	Burn-out	Prévention diabète

Quelques lignes pour vous exprimer:

Votre besoin :

Pourquoi ?

Qu'allez-vous y gagner ?

Pour quand ?

Quelles sont vos motivations ?

Quels seront les obstacles ?

2. Mode de vie

Tabac	Jamais	Tabagisme passif	Moins de 5 cigarettes/j	Plus de 5 cigarettes/j
Eau Sodas	Moins de 1L/ j Jamais	1L à 1,5L/j 1 canettes de temps en temps	Plus de 2L/j 1 canettes/j, tous les jours	Plus 1L/j
Boissons alcoolisées Bière Vin Autres	Jamais Jamais Jamais	1 à 2 verres/j, pas tous les jours 1 à 2 verres/j, pas tous les jours 1 à 2 verres/j, pas tous les jours	1 à 2 verres /j, tous les jours 1 à 2 verres /j, tous les jours 1 à 2 verres /j, tous les jours	Plus de 4 verres/j Plus de 4 verres/j Plus de 4 verres/j
Exposition au soleil	Jamais	Occasionnellement	Fréquente	Je fais fréquemment des U.V.
Périmètre ombilical	H<94cm F<80cm	H : compris entre 94-102cm F : compris entre 80-88cm	H > 102 cm F > 88 cm	
Pratique sportive	Aucune activité physique	10 min/j	1 à 3h/sem	4 à 9h /sem
Sommeil	J'utilise d'un somnifère	Je dors facilement 7 à 8h/nuit	Je m'éveille plusieurs fois/nuit	Je suis hypersomniaque
Travail	J'ai un travail épanouissant	J'ai choisi de ne pas travailler	Je suis très stressé au travail	Je travaille en pause, je voyage beaucoup

Quel type d'huile utilisez-vous?	Tournesol,maïs, arachide	Olive	Colza	Autre(s) :
Combien de fruits consommez-vous/j?	Moins de 1/jour	1 à 2/jour	3/jour	Plus de 5 /j
Combien de x/j consommez-vous des légumes?	Jamais	moins de 200g/j, pas tous les jours	200g/j	au moins 400g/j
Combien de x/sem consommez-vous du poisson gras?	Jamais	Occasionnellement	2x/ sem	3x/ sem
Quelle quantité de viande, volaille ou oeufs consommez-vous /j?	Jamais Moins de 100g/j	Moins de 100g/j, pas tous les jours	100 à 200g/j, tous les jours	Plus de 200g/j, tous les jours
Quelle quantité de laitage consommez-vous/j?	Yaourt, combien? Beurre? Bio - non Bio	Fromage à pâte dure Fromage à à pâte molle Fromage de chèvre Fromage de brebis Bio - non bio	Lait de vache Lait de chèvre Lait de brebis Bio - non bio	Jus végétaux de soja Jus végétaux d'amande Autre(s) :

3. Prise de médicaments/ fréquence

Corticoïdes		Diurétiques		Chimiothérapie.
Antidépresseurs		Traitements contre le cholestérol		Radiothérapie
Inhibiteur de pompe à protons		Hormones stéroïdiennes		Compléments alimentaires :
Antibiotiques		Contraceptifs oraux		Autre(s)
Anti-inflammatoire non stéroïdien		Anti-diabétiques oraux		

4. Rapport à l'alimentation :

4a. Quel type de mangeur êtes-vous ?

Je veux manger, protéger ma santé et me faire plaisir		Je mange des plats cuisinés du commerce	
Je bouffe, je m'en fous		Je me restreins pour ne pas grossir	
Je prépare à manger pour ma famille		J'aime le fromage et la charcuterie	
J'ai du mal à joindre les 2 bouts		J'adore les chips, j'en mange régulièrement	
Je mange 1 sandwich tous les midis		J'aime boire	
Je mange souvent au restaurant		Je ne mange que du "bio"	
Je mange souvent au fast-food		Je suis végétarien(ne)	
Je saute des repas, je n'ai pas le temps de manger		J'ai peur des OGM	
Je ne cuisine pas		Je fais du sport de haut niveau	
J'ai tendance à grignoter entre les repas		Je suis plutôt sédentaire, je ne fais pas de sport	
J'ai toujours faim		J'ai des poules et un potager	
Je n'aime pas certains aliments		Je ne mange pas certains aliments, pour raisons religieuses	
Je reçois souvent, j'aime faire la fête		Je suis végétalien(ne)	

4b. Composition des repas :

Matinée	Hier	Dimanche dernier
Déjeuner et/ou collation		
Boissons		

Dîner	Mode de cuisson ou de préparation	Durée du repas	Hier	Dimanche dernier
Apéritif				
Fruits & légumes				
Féculents, tubercules				
Viande, volailles, poisson, oeufs, légumineuses				
Boissons				
Dessert/thé/café/autre				

Après-midi	Hier	Dimanche dernier
Grignotage(s)		
Boissons/sodas		
Goûter		

Soirée	Mode de cuisson ou de préparation	Durée du repas	Hier	Dimanche dernier
Apéritif				
Repas du soir				
Grignotage post-repas				
Grignotage nocturne				

5. Etat général [échelle du symptôme : absent = 0 • modéré = 1 • gênant = 2 • très gênant = 3]

5a. Fatigue & troubles de l'humeur	0	1	2	3	commentaires
Difficultés à me lever le matin, besoin de boissons toniques pour bien débuter la journée					
Je suis moins créatif que je ne l'ai été					
Baisse de la concentration, de la mémorisation, trous de mémoire, je cherche souvent mes mots					
je me sens moralement fatigué, triste					
Je suis irritable, impulsif, vite en colère					
Pulsions sucrées, tendance à boire du vin, de l'alcool pour me détendre en soirée					
Crampes nocturnes, picotements, tremblement des paupières					

5b. Troubles digestifs	0	1	2	3	
Sensation de brûlure à l'estomac, reflux, nausées					
Diarrhées					
Constipation					
Gaz, odorants / non odorants					
Glaire ou sang dans les selles					
Ballonnements après le repas					
Langue blanche, chargée, mauvaise haleine					
Allergies, intolérances alimentaires					
Usage d'antibiotiques, d'AINS (Ibuprofen, Aspirine)					

5c. Troubles ostéo - articulaires	0	1	2	3	commentaires

Douleurs au dos ou à la nuque, quand ?					
Douleurs articulaires, crampes, raideurs (précisez)					
Tendinites à répétitions					

5d. Troubles infectieux	0	1	2	3	commentaires
Angines, rhumes, sinusites, otites					
Bronchites, infections pulmonaires					
Infections urinaires					
Infections génitales					
Infections digestives					
Infections cutanées					

5e. Troubles cutanés	0	1	2	3	commentaires
Peau sèche					
Eczéma					
Herpès, psoriasis					
Cheveux ternes, cassants					
Ongles cassants, se dédoublent					

5f. Système circulatoire	0	1	2	3	commentaires
Jambes lourdes					
Rétention d'eau					
Extrémités froides					
Fourmillements aux extrémités					

6. Mesures

date	Taille	Poids	IMC	Tour de taille	Tour de Hanche	Tour de poitrine	Tour de cuisse	Avant-bras

Merci pour votre collaboration!

© delphine bourgeois - nutriceils • version 06.2016