



QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER AVANT DE RENCONTRER LA NUTRITIONNISTE



DONNÉES PERSONNELLES

Date : _____
 Prénom : _____
 Nom : _____
 Naissance : Date : _____ Âge : _____
 Adresse : _____
 Ville : _____
 Code postal : _____
 Tél. (maison) : _____
 Tél. (travail) : _____
 Courriel : _____
 Occupation : _____
 État civil : ___ Cél. ___ Marié ___ Conj. fait
 Nb d'enfant (s) : _____ âges: _____
 Si enceinte : _____ ième semaine
 Référé par : _____

INFORMATIONS PERSONNELLES

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

 Allergie : _____
 problèmes de santé : _____

 Nom de votre médecin traitant: _____
 Clinique médicale: _____
 Adresse : _____
 J'autorise ma nutritionniste à rédiger un rapport nutritionnel à mon médecin : _____
 _____ Signature du patient
 Problèmes de santé rencontrés dans la famille: _____

 Opérations ou maladies dans le passé: _____

 Valeurs sanguines normales?
 oui _____ non _____
 Spécifiez: _____

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Activité physique: _____
 Fréquence et durée : _____

Medicaments 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?

Signaux faim et satiété reconnus : ___ oui ___ non

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 _____

Comportements alimentaires à travailler :



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



ÉCRIRE TOUT CE QUE VOUS AVEZ MANGÉ HIER (RAPPEL DE 24 HEURES)

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}: _____

5^{ième}: _____

HABITUDES ALIMENTAIRES

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 CEREALIERS:

_____ 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



QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER AVANT DE RENCONTRER LA NUTRITIONNISTE



VOS COORDONNÉES

Nom :	Tél. résidence :
Adresse :	Cellulaire :
Courriel :	Référé par :

ENTENTE NUTRITIONNISTE –DIÉTÉTISTE VS CLIENT

MON ENGAGEMENT

- Je suis lié par le secret professionnel, tel que stipulé dans le code de déontologie de notre Ordre professionnel.
- J'encourage une démarche respectueuse basée sur la confiance et nos différences individuelles. J'encourage l'écoute des signaux de faim et de satiété, la non privation et le plaisir de choisir ses aliments et de bouger.
- S'il y a un problème quelconque ou quelque chose qui vous déplaît, je vous saurai gré de m'en informer le plus rapidement possible.

VOTRE ENGAGEMENT

- Si vous ne pouvez pas vous présenter à votre rendez-vous, veuillez m'aviser au moins 48 heures à l'avance, sinon des frais de la moitié des frais de cette rencontre seront exigés.
- Un **rendez-vous téléphonique ou par skype / face time peut remplacer votre visite** en personne si cela vous convient.
- Des frais de 20\$ seront exigés pour tout chèque sans provision.

Merci de votre confiance et de respecter cette entente.

Au plaisir de vous servir et je vous souhaite une bonne démarche intègre, respectueuse et harmonieuse !

Je certifie avoir lu ce document et je suis en accord et consens à respecter chacun des énoncés ci-haut mentionnés.

Signatures : _____
Client

Date : _____

Date : _____