

**Enquête mode de vie à amener le jour de la consultation ou à envoyer à dbourgeois.nutriconseils@gmail.com**

**Prise de rendez-vous 0498/63.38.49**

**Date de consultation :**

- Préférence visio-consultation**
- Préférence consultation présentiel rue de Vervoz - 4560 Clavier**

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :	Ville :	Code postal :
email :	N° de téléphone :	Profession :
Médecin traitant :	N° de téléphone :	

**1.Demande et freins:**

- .....
- .....

**2. Prise de médicaments/ fréquence**

Corticoïdes :		Diurétiques :		Autre(s):
Antidépresseurs:		Traitements contre le cholestérol		
Inhibiteur de pompe à protons, IPP :		Traitements hormonaux (thyroïde, Diabète...)		
Antibiotiques:		Contraceptifs oraux:		

### 3A. Mode de vie

#### Points d'attention :

- .....
- .....

Tabac	Jamais	Tabagisme passif	Moins de 5 cigarettes/j	Plus de 5 cigarettes/j
Eau Jus de fruits Sodas Café Boissons alcoolisées Bière Vin Autre	Jamais Jamais Jamais Jamais Jamais - Occasionnellement Jamais - Occasionnellement Jamais - Occasionnellement	Moins de 1 L/j 1 verre de temps en temps 1 canettes de temps en temps 1 à 2 tasses de temps en temps  1 à 2 verres / .....X / sem 1 à 2 verres/ .....X / sem 1 à 2 verres / .....X / sem	1L à 1,5L/j 1 verre/j, tous les jours 1 canettes/j, tous les jours 1 à 2 tasses/J, 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 2L/j Plus d'un verre/j Plus 1 L/j + de 4 tasses/J  Plus de 4 verres/j Plus de 4 verres/j Plus de 4 verres/j
Exposition au soleil	Jamais	Occasionnelle	Fréquente	Je fais fréquemment des U.V.
Activité physique Pratique sportive	Très faible - mouvements réduits Aucune activité sportive	Fable - sédentarité - trav.habituel  1 à 2h/sem Discipline :	Moyenne : Travail aérobie faible -cyclisme de loisir, marche, piscine 1 à 3h/sem Discipline :	Forte : maçon, art martiaux Très forte : Travail très difficile et physiqu 4 à 9h /sem Discipline(s) :
Stress	Parfois	Je veux améliorer ma résistance au stress	Je résiste, je n'en peux plus	Je suis en burnout
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
Temps pour moi	J'ai une heure de temps pour moi/j	J'aurais besoin de plus de temps pour moi	Je n'ai jamais de temps pour moi	Je n'ai pas besoin de temps pour moi

#### Passions, hobbies, centres d'intérêt :

- .....
- .....

### 3B. Mode de vie: Habitudes alimentaires

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 200 g /j, pas tous les jours	200 g/j	au moins 400 g/j
Combien de x/sem consommez-vous du poisson gras?	Jamais	Occasionnellement	2x/ sem	3x/ sem ou plus
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 200 g/j, tous les jours	Plus de 200 g/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) :
Quelle est votre consommation de céréales complètes ?	Jamais moins de 1x/sem	1x/sem	2 à 3x/sem	Tous les jours
Quelle est votre consommation de pain complet bio	Jamais moins de 1x/sem	1x/sem	2 à 3x/sem	Tous les jours
Quelle est votre consommation de charcuterie	Jamais moins de 1x/sem	1x/sem	2 à 3x/sem	Tous les jours
Quelle est votre consommation de légumes secs ( légumineuses)	Jamais moins de 1x/sem	1x/sem	2 à 3x/sem	Presque tous les jours
Quelle est votre consommation de fritures, quiches, pâtisserie	Jamais moins de 1x/sem	1x/sem	2 à 3x/sem	Tous les jours

### **3C .Mode de vie / rapport à l'alimentation :**

#### **Quel type de mangeur êtes-vous ?**

Je veux manger, protéger ma santé et me faire plaisir		Je mange des plats cuisinés du commerce	
Je mange vite		Je bouffe, je m'en fous	
Je mange en faisant autre chose ( je regarde la télé, lis un livre,...)		Je me restreins pour ne pas grossir	
Je prends le temps de manger, je mastique bien les aliments, les déguste		J'ai tendance à grignoter entre les repas	
Manger n'est pas un moment agréable pour moi		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	
Je prépare à manger pour ma famille		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)	

#### **Allergies à certains aliments :**

**3D . Carnet alimentaire :**

	Lundi	Mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche	Humeur
<b>Matin</b>								
<b>Collation</b>								
<b>Midi</b>								
<b>Collation</b>								
<b>Soir</b>								

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

<b>4a. Troubles de l'humeur</b>	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					

<b>4b. Troubles digestifs</b>	0	1	2	3	
Sensation de brûlure à l'estomac, reflux, nausées					
Diarrhées					
Constipation					
Gaz, odorants / non odorants					
Ballonnements après le repas					
Langue blanche, chargée, mauvaise haleine					
Allergies, intolérances					

<b>4c.. Troubles ostéo - articulaires</b>	0	1	2	3	commentaires
Douleurs au dos ou à la nuque, quand ?					
Douleurs articulaires, crampes, raideurs (précisez)					
Tendinites à répétitions					

<b>4d.. Troubles infectieux</b>	0	1	2	3	commentaires
Angines, rhumes, sinusites, otites					
Bronchites, infections pulmonaires					
Infections urinaires					
Infections génitales					
Infections digestives					
Infections cutanées					

<b>4e.. Troubles cutanés</b>	0	1	2	3	commentaires
Peau sèche					
Eczéma					
Herpès, psoriasis					
Cheveux ternes, cassants					
Ongles cassants, se dédoublent					

<b>4f.. Système circulatoire</b>	0	1	2	3	commentaires
Jambes lourdes					
Rétention d'eau					
Extrémités froides					
Fourmillements aux extrémités					

<b>4g. Fatigue &amp; troubles du sommeil</b>	0	1	2	3	commentaires
Je me sens fatigué(e)					
J'ai des difficultés à m'endormir					
Je m'éveille la nuit					

Je me réveille fatigué								
je ronfle								
Je m'endors la journée en réunion, en conduisant ou préciser								
J'ai des apnées du sommeil								
J'ai le syndrome des jambes sans repos								
Je ne dors pas assez								
Je claque mes mâchoires (bruxisme)								
Je ne dors jamais la nuit								
Autre : préciser								

#### 6. Mesures

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

Je soussigné ..... autorise Delphine BOURGEOIS à collecter les données dans le cadre des consultations en nutrition & hygiène de vie. Vos coordonnées et les réponses aux questionnaires (incluant des données de santé) peuvent faire l'objet d'un traitement pour réaliser votre profil bionutritionnel personnalisé afin d'élaborer un plan santé qui vous convient au mieux . Ces traitements reposent sur votre consentement que vous pouvez retirer à tout moment. Vos données sont conservées pendant la période de vos consultations. Elles seront supprimées et détruites à votre demande ou en cas d'inactivité pendant une période de 12 mois. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données personnelles, d'un droit à la limitation du traitement, à la portabilité, d'un droit d'opposition et du droit de définir des directives sur le sort de vos données.

Sauf cas de force majeure, pour le respect de chacun, toute modification de rendez-vous sera notifiée au moins 48h à l'avance (2 jours ouvrables).

Dans le cas contraire, la consultation sera due.

Date : \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Merci pour votre collaboration!