



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



## DONNÉES PERSONNELLES

Date de rencontre: \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Tél. (maison) : \_\_\_\_\_  
 Tél. (travail) : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_  
 Occupation : \_\_\_\_\_  
 Horaire de travail : \_\_ Jour \_\_ Soir \_\_ Nuit Quart : 8h 12h  
 État civil : \_\_ Cél. \_\_ Marié \_\_ Conj. fait  
 Nb d'enfant (s) : \_\_\_\_\_ âges: \_\_\_\_\_  
 Si enceinte : \_\_\_\_\_<sup>e</sup> sem Allaitement : Oui Non  
 Référé par : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS PERSONNELLES

Grandeur : \_\_\_\_\_ Poids actuel : \_\_\_\_\_  
 Poids le plus haut : \_\_\_\_\_ À quel âge? \_\_\_\_\_  
 Poids le plus bas : \_\_\_\_\_ À quel âge? \_\_\_\_\_  
 Poids stable : \_\_\_\_\_ Combien de temps : \_\_\_\_\_  
 Poids désiré : \_\_\_\_\_  
 Tour de taille actuel : \_\_\_\_\_ Souhaitable : \_\_\_\_\_

Raison de votre consultation et attentes face à la rencontre: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nom de votre médecin traitant: \_\_\_\_\_  
 Clinique médicale: \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Permission d'envoyer un rapport au md : Oui Non  
 Problèmes de santé rencontrés dans la famille:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Opérations ou maladies dans le passé:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Valeurs sanguines normales? (amener vos résultats svp)

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_ Spécifiez : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS DIVERS

Médicaments consommés (amener votre liste svp)

| Nom | Dose | Raison |
|-----|------|--------|
|     |      |        |
|     |      |        |
|     |      |        |

Suppléments (vitamines, minéraux, produits naturels, etc.) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SPM : \_\_ faible \_\_ moyen \_\_ fort  
 Ménopause : \_\_ Non \_\_ Oui depuis quand? \_\_\_\_\_  
 Cigarette: Non Oui combien par jour \_\_\_\_\_

### Fonction intestinale

|                                   |  |                                      |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normale  | <input type="checkbox"/> Avec mucus      | Fréquence :                          |
| <input type="checkbox"/> Dure     | <input type="checkbox"/> Avec sang clair |                                      |
| <input type="checkbox"/> En boule | <input type="checkbox"/> Noire           | <input type="checkbox"/> 1x/jour     |
| <input type="checkbox"/> Molle    | <input type="checkbox"/> Ballonnement    | <input type="checkbox"/> 2x/jour     |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Gaz             | <input type="checkbox"/> 3x/jour     |
| <input type="checkbox"/> Autres   | <input type="checkbox"/> crampes         | <input type="checkbox"/> 1x/2 jour   |
|                                   |  | <input type="checkbox"/> 1x/3-4 jour |
|                                   |  | <input type="checkbox"/> 1x/sem      |

**Fonction digestive** : cocher si oui  
 Brûlement estomac : \_\_ Reflux : \_\_

**Activité physique type** : \_\_\_\_\_  
 Fréquence et durée : \_\_\_\_\_

**Qui Cuisine ?** Mme M les 2 mes parents  
**Qui fait épicerie?** Mme M les 2 mes parents

**Nombre de repas par semaine:**  
 Cafétéria \_\_\_\_\_ restaurant \_\_\_\_\_ avec un lunch \_\_\_\_\_

**Temps pris au repas en minutes:**  
 Déjeuner : \_\_\_\_\_ Dîner : \_\_\_\_\_ Souper : \_\_\_\_\_

**Les repas souvent sautés sont:**  
 Déjeuner \_\_\_\_\_ Dîner \_\_\_\_\_ Souper \_\_\_\_\_

**Endroits où vous mangez habituellement:**

Cuisine/salle à manger \_\_\_\_\_ salon \_\_\_\_\_  
 bureau \_\_\_\_\_ auto \_\_\_\_\_ autre \_\_\_\_\_

**Activités faite durant le repas :**  
 \_\_\_\_\_



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



## HABITUDES ALIMENTAIRES À COMPLÉTER AVEC LA DIÉTÉTISTE

### VIANDES ET SUBSTITUTS (PAR SEMAINE)

- \_\_\_\_\_ Viande rouge/porc/veau  
 \_\_\_\_\_ Poisson et fruits de mer  
 \_\_\_\_\_ Volaille  
 \_\_\_\_\_ Jambon / charcuteries  
 \_\_\_\_\_ Légumineuses/  
 \_\_\_\_\_ Tofu  
 \_\_\_\_\_ Oeufs  
 \_\_\_\_\_ Noix/beurre d'arachides

### LÉGUMES :

\_\_\_\_\_ frais \_\_\_\_\_ conserve \_\_\_\_\_ congelés

Nb de portions par jour: \_\_\_\_\_

Grosseur des portions: \_\_\_\_\_

### FRUITS:

\_\_\_\_\_ frais \_\_\_\_\_ conserve \_\_\_\_\_ sec \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ fruit(s) par jour \_\_\_\_\_ verres de jus par jour

### PRODUITS CÉRÉALIERS:

- \_\_\_\_\_ Tranches de pain par sem : blanc / brun  
 \_\_\_\_\_ t. pommes de terre/sem : rondes/ pilées  
 \_\_\_\_\_ t. riz cuit/ sem : blanc / brun  
 \_\_\_\_\_ t. pâtes alimentaires/ sem blanc / blé  
 \_\_\_\_\_ autres céréales/sem (quinoa, orge, sarrasin)  
 \_\_\_\_\_ t. céréales à déjeuner, type: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ craquelins/biscottes rég / entiers / sans gluten

### LAIT ET PRODUITS LAITIERS (PAR JOUR) :

- \_\_\_\_\_ t. de lait \_\_\_\_\_ %  
 \_\_\_\_\_ t. de yogourt nature / fruits \_\_\_\_\_ %  
 \_\_\_\_\_ oz de fromage type: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ t. crème glacée / lait glacé

### GRAS PAR JOUR :

- \_\_\_\_\_ c. à thé (5 mL) beurre / margarine  
 \_\_\_\_\_ c. à thé d'huile type \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ mayonnaise / sauce salade : ordinaire / légère  
 \_\_\_\_\_ vinaigrette commerciale : ordinaire/ légère  
 \_\_\_\_\_ tranches de bacon/ semaine  
 \_\_\_\_\_ aliments panés (poulet/poisson/pogo)  
 \_\_\_\_\_ sauce brune/ BBQ  
 \_\_\_\_\_ frites / chips  
 \_\_\_\_\_ pop corn/ pretzel  
 mode de cuisson des aliments: \_\_\_\_\_

### AUTRES ALIMENTS (encercler):

- \_\_\_\_\_ Café / thé / tisane par jour  
 \_\_\_\_\_ Avec sucre/ subst. de sucre/ lait / crème  
 \_\_\_\_\_ eau / Perrier  
 \_\_\_\_\_ boisson gazeuse régulière / diète  
 \_\_\_\_\_ cons. d'alcool vin / apéro / fort /  
 \_\_\_\_\_ bière régulière / légère  
 \_\_\_\_\_ pâtisseries (gâteau, tartes, etc.)  
 \_\_\_\_\_ barre tendre/ muffin et galette maison  
 \_\_\_\_\_ biscuits par semaine : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ barres de chocolat par semaine

Sel : \_\_\_\_\_ pas \_\_\_\_\_ peu \_\_\_\_\_ moyen \_\_\_\_\_ beaucoup

## ÉCRIRE TOUT CE QUE MANGEZ DURANT UNE JOURNÉE HABITUELLE

Déjeuner Heure : \_\_\_\_\_ Endroit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Collation AM : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Dîner Heure : \_\_\_\_\_ Endroit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Collation PM : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Souper Heure : \_\_\_\_\_ Endroit : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Collation en soirée : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nuit : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Allergie alimentaires :

Intolérances alimentaire :

