

Questionnaire initial

Date de consultation : _____
 Nom : _____ Genre : Femme Homme
 Date de naissance : jour : _____ mois : _____ année : _____ Âge : _____
 Adresse : _____
 Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
 Téléphone : _____
 Courriel : _____

Régime de soins de santé couvrant : Diététiste/Nutritionniste Naturopathe Aucun

Comment avez-vous entendu parler de nous ? _____

Motif de consultation : _____

Professionnels consultés / Examens faits en lien avec ce motif : _____

Changement de poids dans les dernières années : stable gain perte
 Poids actuel : _____
 Poids passé : _____
 Poids désiré : _____
 Taille : _____
 Autres mesures : _____

Changement d'appétit dans les dernières années : stable gain perte

Selles (nombre, fréquence) : _____ formées non formées

Difficulté à mastiquer : non oui _____
 Difficulté à avaler : non oui _____
 Reflux : non oui _____
 Nausée : non oui _____
 Vomissement : non oui _____
 Ballonnement : non oui _____
 Douleur abdominale : non oui _____
 Autres symptômes : non oui _____

Contexte médical

Problèmes de santé : _____

Allergies : _____

Intolérances : _____

Antécédents médicaux : _____

Médicaments : _____

Suppléments : _____

Produits naturels : _____

Contexte social

Quelle est votre principale occupation (type et horaire) ? _____

Avec qui habitez-vous ? _____

Avez-vous des enfants (nombre et âge) ? _____

Vivez-vous un excès de stress ou des difficultés ? non oui

Vers qui vous tournez-vous lorsque vous vivez des difficultés ? _____

Habitudes de vie

Activité physique (type, durée, fréquence) : _____

Sommeil (qualité et durée) : _____

Alcool (quantité et fréquence) : _____

Tabac (quantité et fréquence) : _____

Drogue (quantité et fréquence) : _____



Caroline Wang
Diététiste/Nutritionniste
91, rue Laval, Gatineau, QC, J8X 3H4
Tél. : 819 771-8700 • Téléc. : 819 771-8683

Contexte diététique

Avez-vous déjà consulté en nutrition ? non oui _____

Avez-vous déjà suivi des diètes ? non oui _____

Diète actuelle : _____

Aversions alimentaires : _____

Particularités alimentaires : _____

Épicerie (qui et quand) : _____

Cuisine (qui et quand) : _____

Apport alimentaire

Heure	Quantité d'aliments et boissons
-------	---------------------------------

Particularités les fins de semaine

Grignotez-vous ? non oui _____

Restaurant (type et fréquence) : _____

Livraison (type et fréquence) : _____

Desserts ou pâtisseries : rarement parfois souvent _____

Chocolat ou bonbons : rarement parfois souvent _____

Croustilles ou frites : rarement parfois souvent _____

Viandes froides, saucisses ou bacon : rarement parfois souvent _____

Soupes ou bouillons du commerce : rarement parfois souvent _____

Sel : peu modérément beaucoup _____

Gras : peu modérément beaucoup _____

huile beurre margarine _____

Quelles sources de protéines consommez-vous ?

Viande Volaille Poisson Œufs Lait Yogourt Fromage _____

Légumineuses Tofu Arachides Noix Graines _____

Fruits (type et fréquence) : _____

Légumes (type et fréquence) : _____

Céréales à déjeuner : aucun grain entier raffiné/blanc _____

Pain : aucun grain entier raffiné/blanc _____

Pâtes, riz ou autres céréales : aucun grain entier raffiné/blanc _____

Pomme de terre, maïs, petits pois : aucun avec pelure sans pelure _____

Quelle quantité buvez-vous par jour ?

Eau : _____

Café : _____ Jus : _____

Thé : _____ Boisson gazeuse : _____

Tisane : _____ Alcool : _____