



**Libert Maryne**  
**Diététicienne-Nutritionniste agréée**

**GSM : +32 (0) 472/75.63.09**

**E-mail : [ml.dieteticienne@gmail.com](mailto:ml.dieteticienne@gmail.com)**

**Consultation sur rendez vous**

*Merci de compléter ce questionnaire et de l'apporter le jour de la consultation.*

Votre visite est-elle une démarche personnelle, où bien venez vous sur le conseils d'un autre professionnel de la santé ? si oui précisez:.....

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Sexe : F / M

Date de naissance : ..... Nationalité (+ origine): .....

Etat civil : .....

Enfants : .....

Poids : ..... kg      Taille : ..... cm      Poids de forme (=où je me sens le mieux) :..... kg

Poids le plus haut ( hors grossesse pour les femmes): .....kg.

Poids le plus bas ( âge adulte) :.....Kg

Adresse : .....

Code postal + Ville : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....@.....

Profession : ..... Horaire : de nuit/jour/les deux ?

Activité physique : ..... Fumeur : oui/non

Médecin traitant : .....

E-mail du médecin traitant : ..... Numéro de téléphone : .....

Adresse du médecin traitant : .....

Médecin du sport : .....

E-mail du médecin du sport : ..... Numéro de téléphone : .....

Adresse du médecin du sport : .....

Nom du l'entraîneur/préparateur physique : .....

Coordonnées : .....

**Quels sont vos motifs de consultation :**

.....  
.....  
.....

**Renseignements supplémentaires :**

Etes vous suivi par d'autre professionnel de la santé : kiné/psychologue/endocrinologue/  
gastroentérologue/... ?

Si oui, précisez( noms et adresse) :

.....  
.....

Date de la dernière prise de sang :.....( si celle-ci est récente, si possible venez avec)

Informations recueillies sur cette dernière prise de sang:

.....

Votre tension est-elle bonne ?:.....

Problèmes de santé éventuels parmi les membres de votre famille : (HTA, cholestérol, diabète, thyroïde,.....)

.....  
.....

Problèmes de santé éventuels : (HTA, cholestérol, diabète, thyroïde,.....)

.....  
.....

Antécédents chirurgicaux et/ou antécédents médicaux :

.....  
.....

Médication éventuelle : (médicaments, complément alimentaire, contraception, plantes,...)

.....  
.....

Allergies alimentaires : .....

Hydratation : buvez-vous de l'eau ? si oui pouvez-vous estimer la quantité ?.....

Combien de fois par jour allez-vous uriner ?.....

Avez-vous un bon transit intestinale :.....

Avez-vous un sommeil réparateur ?( précisez le nombre d'heure en général) :.....

Mes plats préférés : .....

Les plats que je n'aime pas : .....

Manger est : un plaisir/ une corvée /simplement un besoin

**Antécédents de régimes :**

<input type="radio"/> « Régime soupe »	<input type="radio"/> Régime dissocié	<input type="radio"/> Sans sucre	<input type="radio"/> Jeune complet	<input type="radio"/> Jeune intermittent
<input type="radio"/> « Ducan »	<input type="radio"/> « Comme j'aime »	<input type="radio"/> Sans féculents	<input type="radio"/> « weigtwatchers »	<input type="radio"/> Autre : .....

(Dates, résultats, causes d'un éventuel échec,...)

.....  
 .....  
 .....

Je suis plutôt : nerveux(-se)/anxieux(-se) /stressé(e)

Salé et/ou Sucré

Gros/Moyen/Petit Mangeur

Je mange rapidement, moyennement vite, lentement

Avez-vous tendance à grignoter : si oui quoi et à quel moment de la journée :

.....  
 .....

Qui prépare les repas ? .....

Qui fait les courses ?.....Lieu ? : .....

**Aversion alimentaire**

	Ce que je n'aime pas
Boissons	
Légumes et crudité	
Fruits	
Féculents	
Produits laitiers	
Viandes-volailles-poisson-œufs	
Matières grasses	
Autres	

**Sur une journée classique, je passe :**

Activités	Jour de la semaine sans entraînement sportif (heure/jour)	Journée avec entraînement sportif (heure/jour)	Week end (heure/jour)
Sommeil et sieste, repos en position allongée			
En position assise : repos, TV, micro-ordinateur, jeux vidéo, jeux de société, lecture, écriture, travail de bureau, couture..., transports, repas			
En position debout : toilette, petits déplacements dans la maison, cuisine, travaux ménagers, achats, travail de laboratoire, vente, conduite d'engins			
Femmes : marche, jardinage ou équivalent, gymnastique, yoga Hommes : activités professionnelles manuelles, debout, d'intensité moyenne (industrie chimique, industrie des machines-outils, menuiserie...)			
Hommes : marche, jardinage, activités professionnelles d'intensité élevée (maçonnerie, plâtrerie, réparation auto...)			
Sport, activités professionnelles intenses (terrassment, travaux forestiers...)			
Sport compétition			
<b>Total</b>	<b>24H</b>	<b>24H</b>	<b>24H</b>

**Votre activité physique :**

Pouvez-vous m'indiquer le type de sport pratiqué mais aussi le type d'entraînement, la durée ( nombre d'heure par séance) ainsi que la fréquence ( nombre de jour/ semaine)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Les fréquences alimentaire****Les boissons ( Que Buvez-vous ? Quelles Fréquences ?)**

Eau plate ou pétillante	<input type="radio"/> <0.5l/j	<input type="radio"/> 0.5 à 1l/j	<input type="radio"/> 1à 2l/j	<input type="radio"/> 2 à 3l	<input type="radio"/> Autre : .....
Jus de fruit (maison ou en brique)	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1 verre	<input type="radio"/> 2-3 verres	<input type="radio"/> Plus : précisez : .....	
Boisson chaude (thé, infusion, café,..)	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1tasse/j	<input type="radio"/> 2-3 /j	<input type="radio"/> Plus : Précisez :.....	
Combien de morceaux de sucre /tasse ?	<input type="radio"/> Aucun	<input type="radio"/> 1/tasse	<input type="radio"/> 2-3/j	<input type="radio"/> Plus : combien ?..... ..... ..... .....	Autre type de sucre : précisez : ..... ..... .....
Avec du lait ?	<input type="radio"/> Ecrémé	<input type="radio"/> Demi-écrémé	<input type="radio"/> Entier	<input type="radio"/> Autre : ..... ..... .....	<input type="radio"/> Jamais
Boissons sucrées : (soda, limonades,...)	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1verre/j	<input type="radio"/> 2-3 /j	Plus : combien ?..... .....	
Boissons lighth ou zéro	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1verre/ jour	<input type="radio"/> 2-3/j	<input type="radio"/> Plus : combien ?.....	
Sirop sucré : (grenadine etc...)	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1verre/ jour	<input type="radio"/> 2-3 /j	<input type="radio"/> Plus : combien ?.....	
Vin	<input type="radio"/> Rien / parfois	<input type="radio"/> 1-2 verres/j	<input type="radio"/> 3-4/j	<input type="radio"/> Plus, précisez :.....	
Bière	<input type="radio"/> Rien/ parfois	<input type="radio"/> 1-2 verres/j	<input type="radio"/> 3-4/j	<input type="radio"/> Plus, précisez :.....	
Autre alcool : précisez : ..... .....	<input type="radio"/> Rien/ parfois	<input type="radio"/> 1-2 verres/j	<input type="radio"/> 3-4/j	<input type="radio"/> Plus, précisez :.....	

## Les fruits et les légumes

Légumes crus : crudité	<input type="radio"/> Jamais/ rarement	<input type="radio"/> 1x/j	<input type="radio"/> 2x/j	<input type="radio"/> Autre : précisez : ..... .....
Légumes cuits	<input type="radio"/> Jamais/ rarement	<input type="radio"/> 1x/j	<input type="radio"/> 2x/j	<input type="radio"/> Autre : précisez : ..... .....
Potage, bouillon de légumes, etc.	<input type="radio"/> Jamais/ rarement	<input type="radio"/> 1x/j	<input type="radio"/> 2x/j	<input type="radio"/> Autre : précisez : ..... .....
Légumes : Quelle quantité ?	<input type="radio"/> Peu	<input type="radio"/> ¼ de l'assiette	<input type="radio"/> ½ assiette	<input type="radio"/> Autre : précisez : ..... .....
Jus de légumes	<input type="radio"/> Jamais/ rarement	<input type="radio"/> 1x/j	<input type="radio"/> 2x/j	<input type="radio"/> Autre : précisez : ..... .....
Fruits frais	<input type="radio"/> Jamais/ rarement	<input type="radio"/> 1x/j	<input type="radio"/> 2x/j	<input type="radio"/> Autre : précisez : ..... .....
Fruits cuits (compote, fruits cuits en conserve)	<input type="radio"/> Jamais/ rarement	<input type="radio"/> 1x/j	<input type="radio"/> 2x/j	<input type="radio"/> Autre : précisez : ..... .....

## Les féculents

Quel type de féculent consommé vous ?	<input type="radio"/> Blanc ou raffiné	<input type="radio"/> Demi-gris	<input type="radio"/> Complet ou multicéréales	<input type="radio"/> Commentaire : ..... .....
Tranche de pain/ jour	<input type="radio"/> <3 tranches	<input type="radio"/> 3 à 6 tranches	<input type="radio"/> 6 à 9 tranches	<input type="radio"/> Plus : précisez : ..... .....
Vous mangez des féculents	<input type="radio"/> A tous les repas	<input type="radio"/> 1 fx/j	<input type="radio"/> 2x/jour	<input type="radio"/> Jamais ou autre : précisez: ..... .....
Portion de féculent/ repas	<input type="radio"/> Peu	<input type="radio"/> ¼ d'assiette	<input type="radio"/> ½ assiette	<input type="radio"/> 3/4 de l'assiette ou plus : ..... .....

## Les viandes, volailles, poissons, œufs et autres

Œufs	<input type="radio"/> 1x/sem ou moins	<input type="radio"/> 2-3x/sem	<input type="radio"/> Plus : précisez : .....	<input type="radio"/> Précisez combien d'œuf par repas : .....
Mangez-vous de la viande ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non je suis végétarie n	<input type="radio"/> Non par dégout	<input type="radio"/> Autre : précisez ..... ..... .....
Quantité de viandes, volaille, poisson consommés	<input type="radio"/> <100gr/ jour	<input type="radio"/> 150 à 200gr/j	<input type="radio"/> Plus de 300gr	<input type="radio"/> Autre : précisez ..... ..... .....
Fréquence de consommation de viandes blanches et volailles ( porc, lapin, poulet, veau,..)	<input type="radio"/> 1x/sem	<input type="radio"/> 2-3x/sem	<input type="radio"/> 4-5x/sem	<input type="radio"/> Autre : précisez ..... ..... .....
Fréquence de consommation de viandes grasses ( bœuf, agneau, mouton,..)	<input type="radio"/> 1x/sem	<input type="radio"/> 2-3x/sem	<input type="radio"/> 4-5x/sem	<input type="radio"/> Autre : précisez ..... ..... .....
Fréquence de consommation de poisson	<input type="radio"/> 1x/sem	<input type="radio"/> 2-3x/sem	<input type="radio"/> 4-5x/sem	<input type="radio"/> Autre : précisez ..... ..... .....
Fréquence de consommation de charcuteries maigres (jambon , filet de poulet, filet de dinde)	<input type="radio"/> 1x/sem	<input type="radio"/> 2-3x/sem	<input type="radio"/> 4-5x/sem	<input type="radio"/> Autre : précisez ..... ..... .....
Fréquence de consommation de charcuteries grasses (salami, salade de poulet, filet américain, pâté,..)	<input type="radio"/> 1x/sem	<input type="radio"/> 2-3x/sem	<input type="radio"/> 4-5x/sem	<input type="radio"/> Autre : précisez ..... ..... .....
Produits pour végétarien ?	<input type="radio"/> 1x/sem	<input type="radio"/> 2-3x/sem	<input type="radio"/> 4-5x/sem	<input type="radio"/> Autre : précisez ..... ..... .....
Fréquence de consommation de produit comme haché de viande (boulette, saucisse,..) pizza, lasagne, plats préparés, ....	<input type="radio"/> 1x/sem	<input type="radio"/> 2-3x/sem	<input type="radio"/> 4-5x/sem	<input type="radio"/> Autre : précisez ..... ..... .....
Fréquence de consommation de légumes secs (haricot rouge, lentille, pois chiche,..)	<input type="radio"/> 1x/sem	<input type="radio"/> 2-3x/sem	<input type="radio"/> 4-5x/sem	<input type="radio"/> Autre : précisez ..... ..... .....

### Les produits laitiers

Type de lait consommé	<input type="radio"/> Aucun	<input type="radio"/> Lait de vache	<input type="radio"/> Lait de soja	<input type="radio"/> Autre : ..... .....
Quantité /jour	<input type="radio"/> <250ml	<input type="radio"/> 250-500ml	<input type="radio"/> >500ml	<input type="radio"/> Précisez : ..... .....
Consommation de fromage (tranches, ..)	<input type="radio"/> Jamais ou très peu	<input type="radio"/> 1x/jour	<input type="radio"/> 2x/jour	<input type="radio"/> Précisez le type : ..... .....
Consommation de yaourt/ fromage frais/...)	<input type="radio"/> Jamais ou très peu	<input type="radio"/> 1x/jour	<input type="radio"/> 2x/jour	<input type="radio"/> Plus : combien ? ..... .....

### Les matières grasses

Dans vos crudités	<input type="radio"/> Rien	<input type="radio"/> Huile : précisez : .....	<input type="radio"/> Vinaigrette	<input type="radio"/> Sauce (mayonnaise, cocktail,...)
Cuisson des légumes	<input type="radio"/> A l'eau	<input type="radio"/> A la vapeur	<input type="radio"/> Au four	<input type="radio"/> A la matière grasse : précisez : .....
Cuisson de la viande	<input type="radio"/> A l'eau	<input type="radio"/> A la vapeur	<input type="radio"/> Au four	<input type="radio"/> A la matière grasse : précisez : .....
Sur votre pain	<input type="radio"/> Rien	<input type="radio"/> Beurre ou margarine allégé	<input type="radio"/> Beurre	<input type="radio"/> Margarine



## Autres

Fréquence de consommation de viennoiseries	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1x/sem	<input type="radio"/> 2-3 x/sem	<input type="radio"/> Autre : précisez : .....
Fréquence de consommation de produits sucré (chocolat, bonbon, caramel, glaces, pâtisseries,...)	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1x/sem	<input type="radio"/> 2-3 x/sem	<input type="radio"/> Autre : précisez : .....
Fréquence de consommation de fritures (frites, croquette, chips, ...)	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1x/sem	<input type="radio"/> 2-3 x/sem	<input type="radio"/> Autre : précisez : .....
Vous allez au restaurant....	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1x/sem	<input type="radio"/> 2-3 x/sem	<input type="radio"/> Autre : précisez : .....
Vous allez au snack, fast-food....	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1x/sem	<input type="radio"/> 2-3 x/sem	<input type="radio"/> Autre : précisez : .....
Vous allez à la sandwicherie.....	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1x/sem	<input type="radio"/> 2-3 x/sem	<input type="radio"/> Autre : précisez : .....
Utilisation de produits allégés ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<b>Précisez :</b> ..... .	
Utilisation de produits pour sportifs ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<b>Précisez :</b> ..... .....	
Avez-vous déjà eu recours à des médicaments dans le but de perdre du poids	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> oui	<b>Si oui, précisez le type ou la marque utilisée :</b> ..... .....	

## Carnet alimentaire sur 7 jours :

Pouvez-vous compléter ce carnet alimentaire sur 7 journées :

Il est important de m'apporter un maximum de détails.

Veillez préciser :

- Le type d'aliment ou boisson ( vous pouvez indiquer la marque)
- La quantité
- L'accompagnement ( sauces, épices, etc)
- L'heure de prise de repas
- Les circonstances de prise de repas : en conduisant, devant la tv, à table, en famille etc.

Exemple			
Repas	Heure, lieu, avec qui ?	Quoi et combien	Sensations alimentaires
Petit déjeuner	7h30 à la maison avec ma fille	Thé ¼ de baguette + 1 cc confiture 1 yaourt 1 orange pressée	J'avais faim mais je n'ai pas assez mangé. J'aurais bien pris plus de pain.
Diner	12h30 dans le self seule	2 filets de sole 6 càs de riz 1 yaourt 1 compote	J'ai faim Je n'avais plus faim après mon plat. J'aurais préféré prendre une tarte. Le yaourt et la compote étaient en trop

### Heure, lieu et avec qui

Si vous menez une autre activité en même temps que vous mangez, précisez laquelle : lecture, télévision, radio, travail, etc.

### Quoi et combien

Indiquez les quantités de nourriture dans l'unité de votre choix : gramme, litre, centimètre, bol, verre, cuillère à soupe ou à café, tranche, paquet, etc.

### Commentaires

- ✓ Avant les repas ou collations, avez-vous faim ou mangez-vous parfois sans faim ?
- ✓ Après les repas ou collations, avez-vous l'impression d'avoir mangé suffisamment, trop ou pas assez?
- ✓ Avez-vous des envies de manger que vous n'avez pas satisfaites ?
- ✓ Vous réalisez parfois que vous mangez trop (sans faim, ou au-delà de la faim) dans certaines circonstances, pouvez-vous les préciser ?

<b>Jour 1</b>			
<b>Repas</b>	<b>Heure, lieu, avec qui ?</b>	<b>Quoi et combien</b>	<b>Sensations alimentaires</b>
<b>Petit-déjeuner</b>			
<b>Collation de la matinée</b>			
<b>Diner</b>			
<b>Collation de l'après-midi</b>			
<b>Souper</b>			
<b>Collation du soir</b>			

<b>Jour 2</b>			
<b>Repas</b>	<b>Heure, lieu, avec qui ?</b>	<b>Quoi et combien</b>	<b>Sensations alimentaires</b>
Petit-déjeuner			
Collation de la matinée			
Diner			
Collation de l'après-midi			
Souper			
Collation du soir			

<b>Jour 3</b>			
<b>Repas</b>	<b>Heure, lieu, avec qui ?</b>	<b>Quoi et combien</b>	<b>Sensations alimentaires</b>
Petit-déjeuner			
Collation de la matinée			
Diner			
Collation de l'après-midi			
Souper			
Collation du soir			

<b>Jour 4</b>			
<b>Repas</b>	<b>Heure, lieu, avec qui ?</b>	<b>Quoi et combien</b>	<b>Sensations alimentaires</b>
<b>Petit-déjeuner</b>			
<b>Collation de la matinée</b>			
<b>Diner</b>			
<b>Collation de l'après-midi</b>			
<b>Souper</b>			
<b>Collation du soir</b>			

<b>Jour 5</b>			
<b>Repas</b>	<b>Heure, lieu, avec qui ?</b>	<b>Quoi et combien</b>	<b>Sensations alimentaires</b>
Petit-déjeuner			
Collation de la matinée			
Diner			
Collation de l'après-midi			
Souper			
Collation du soir			

<b>Jour 6</b>			
<b>Repas</b>	<b>Heure, lieu, avec qui ?</b>	<b>Quoi et combien</b>	<b>Sensations alimentaires</b>
Petit-déjeuner			
Collation de la matinée			
Diner			
Collation de l'après-midi			
Souper			
Collation du soir			



<b>Jour 7</b>			
<b>Repas</b>	<b>Heure, lieu, avec qui ?</b>	<b>Quoi et combien</b>	<b>Sensations alimentaires</b>
<b>Petit-déjeuner</b>			
<b>Collation de la matinée</b>			
<b>Diner</b>			
<b>Collation de l'après-midi</b>			
<b>Souper</b>			
<b>Collation du soir</b>			