

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SOIGNÉE		Nom du diététicien :	
Nom et prénom :		Recueil de données effectué le :	
Date de naissance :	Numéro de dossier :	Médecin référent :	
Activités socioprofessionnelles			
Travaillez-vous actuellement ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si non : <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Invalide <input type="checkbox"/> Sans profession <input type="checkbox"/> Autre : Si oui : <input type="checkbox"/> Horaire bureau <input type="checkbox"/> Horaire alterné jour/nuit <input type="checkbox"/> Autre : Si oui : <input type="checkbox"/> Repos fixe <input type="checkbox"/> Repos variable <input type="checkbox"/> Autre :			
Quelle est votre profession ?			
Avez-vous une activité associative ou autre ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Vous vivez : <input type="checkbox"/> seul(e) <input type="checkbox"/> en famille <input type="checkbox"/> en compagnie Combien de personnes ? : Combien de personnes ? : Adultes : Enfants :			
Histoire du poids			
Vous souvenez-vous de votre poids de naissance ? A l'âge adulte, quel était(est) votre poids le plus bas ? À quel âge ? Quel était(est) votre poids le plus haut ? À quel âge ? Votre poids a-t-il varié récemment ? : De combien ? : Depuis quand ? : Pourquoi (événements de vie) ? : % de variation de poids :			
Quel est votre poids actuel ? Votre taille ? <input type="checkbox"/> IMC : Souhaitez-vous modifier votre poids actuel ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON De combien ? : Quel est votre " poids de forme "(poids où vous vous sentez bien) ? :			
Alimentation			
Votre culture, religion influence-t-elle votre alimentation ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui :			
Qui réalise les achats alimentaires? (Où ? Quand ? Avec qui ?) Si c'est vous, est-ce ? : <input type="checkbox"/> Un plaisir <input type="checkbox"/> Une contrainte <input type="checkbox"/> Autre :			
Chez vous, qui prépare les repas ? : Aimez-vous cuisiner ? : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Quels types de préparations ? :			
Goûtez-vous les plats ? : De quel temps disposez-vous pour préparez les repas ? :			
De quel équipement disposez-vous pour cuisiner, conserver vos aliments ? : <input type="checkbox"/> réfrigérateur <input type="checkbox"/> congélateur <input type="checkbox"/> cuisinière <input type="checkbox"/> autres : <input type="checkbox"/> four <input type="checkbox"/> four micro-ondes			
Quelle est la durée des repas ? : Petit déjeuner : Déjeuner : Dîner :			
Mangez-vous ? seul(e) ou en compagnie ? : Midi <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> En famille <input type="checkbox"/> En compagnie Soir <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> En famille <input type="checkbox"/> En compagnie Mangez-vous par <input type="checkbox"/> Nécessité ? <input type="checkbox"/> Faim ? <input type="checkbox"/> Gourmandise ?			

Mangez-vous : Vite _____ Lentement

Existence de difficultés pour s'approvisionner, préparer les repas, s'alimenter ?

OUI, lesquelles NON

Habituellement suivez-vous un régime alimentaire ? OUI NON

Si oui : lequel ? :

Avez-vous déjà suivi d'autres régimes ? OUI NON

Si oui : lesquels ? :

Quand ? :

pourquoi ? :

Si régime prescrit par qui :

Vous arrive-t-il de manger au restaurant ? :

Si oui 1 fois/sem. > 1 fois/sem. 1 fois/mois > 1 fois/mois

Combien ? : Combien ? :

Vous arrive-t-il de faire des repas de famille, d'amis, etc. ?

OUI NON

Si oui : 1 fois/sem. > 1 fois/sem. 1 fois/mois > 1 fois/mois

Combien ? : Combien ? :

Avez-vous faim ? En vous mettant à table En sortant de table Entre les repas

Estimez-vous être un Gros mangeur Mangeur moyen Petit mangeur

Quels aliments préférez-vous ? Sucrés Salés

Avez-vous l'habitude de vous resservir à table ? OUI NON

* Plus particulièrement sur quels types de plats ?

* Le faites-vous de temps en temps rarement à tous les repas

Vous arrive-t-il de ne rien prendre à un repas ? OUI NON

Si oui, **Le petit déjeuner** **À midi** **Le soir**

1 fois/semaine 1 fois/semaine 1 fois/semaine

2 à 4 fois/semaine 2 à 4 fois/sem. 2 à 4 fois/sem.

plus plus plus

Prenez-vous des collations ou en-cas ?

En matinée Dans l'après-midi Après le travail En soirée La nuit

Activité physique

Sur votre lieu de travail ou pendant votre occupation principale :¹

Marchez-vous ? 1 jamais 2 occasionnellement 3 souvent

Êtes-vous assis ? 1 souvent 2 occasionnellement 3 jamais

Pendant vos loisirs :

Marchez-vous ? (jardinez-vous ? Bricolez-vous activement ?) : 1 jamais 2 occasionnellement 3 souvent

Pratiquez-vous un sport ? 1 jamais 2 occasionnellement 3 souvent

Regardez-vous la télévision ? 1 souvent 2 occasionnellement 3 jamais

Si oui, lequel ? :
Adaptez-vous votre alimentation ? :

¹ Interprétation : 6 à 9 : très peu actif ; 9 à 12 : peu actif ; 12 à 15 : moyennement actif ; 15 à 18 : très actif

Pour vous déplacer :

Vous privilégiez la marche, le vélo, les rollers (autres) ?

1 jamais 2 occasionnellement 3 souvent

Tabac

Fumez-vous ?

OUI

NON

Si oui : Combien par jour ? :

Depuis quand ? :

Souhaitez-vous arrêter de fumer ? :

OUI

NON

Si non, pourquoi ? :

Divers

Portez-vous une prothèse dentaire, pour manger ? :

OUI

NON

Si oui : est-elle bien supportée ? :

OUI

NON

Si non pourquoi ? :