Analyse nutritionnelle de ……………………………………………… du ……/………/………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM |  | PRENOM |  | Date de naissance |  |
| Adresse |  | Code postal |  | Ville |  |
| Téléphone |  | Métier |  |
| E-mail |  | Trouvé coordonnées par ? | □ Internet □ Famille/ami/connaissance □ Réseaux sociaux □ Autre …………………… |
| Médecin |  |

**Objectifs**

|  |
| --- |
| Qu'aimeriez-vous accomplir à travers cet accompagnement ? (perte de poids, gain d'énergie, amélioration digestive, meilleur bilan sanguin (cholestérol, glycémie,…), retrouver la joie de vivre, équilibre mental ,sommeil, équilibre hormonal, etc.) et expliquez.Réponse :  |
| Sur une échelle de 1 à 10, à quel point cet/ces objectif(s) est-il important pour vous ? : (entourez ou surlignez)1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10  |
| Qu'est-ce qui serait un signe concret de succès pour vous ? (ex : perdre X kg, ne plus avoir de douleurs, améliorer son énergie à tel moment de la journée...)Réponse : |
| Quelles contraintes ou limites devons-nous prendre en compte ? (emploi du temps, budget alimentaire, contraintes familiales, etc.)Réponse :  |
| À quel rythme souhaitez-vous avancer (petits changements progressifs ou changements rapides) ?Réponse :  |
| * Y a-t-il des choses que vous n’êtes pas prêt(e) à changer pour l’instant ?

Réponse :  |
| Avez-vous déjà réussi à changer vos habitudes dans le passé ? Si oui, comment ? |

**Composition des repas :**

Indiquez ce que vous mangez habituellement à chaque repas /collation(s) de façon la plus complète

|  |  |
| --- | --- |
| **Petit-déjeuner**□ Domicile□ Travail□ Sur le trajet | □ Sucré □ Salé |
| **Matinée (goûter)** | □ Faim □ Envie □ Habitudes/ennui/stress |
| **Midi** □ Domicile□ Travail |  |
| **Goûter** | □ Faim □ Envie □ Habitudes/ennui/stress |
| **Soir**□ Domicile□ Travail |  |
| **Soirée** | □ Faim □ Envie □ Habitudes/ennui/stress |
| Protéines nbre de fois par semaine : Viandes rouges (boeuf, ageau, cheval, mouton) : ………. Viandes blanches - volailles: …………. Poissons: …………. Oeufs : …………. Autres : …………………………….. |
| Quels sont les légumes que vous mangez en général ? : Vinaigrettes / sauces qui accompagnent vos plats :  |
| Quels féculents mangez-vous en général ? : |
| Repas principal : □ Matin □ Midi □ Soir |
| **Boissons**  | Indiquez la quantité par jour ou par semaine : exemples : vin 2x/sem ; eau 2l/jEau : ………. Alcool/vin : ………. Jus/sodas : ………. Thé : ………. Café : ………. Autres : ………. |
| **Divers** | Aliments préférés :  |
| Huiles et matières grasse :  |
| Indiquez la quantité par jour ou par semaine : exemples : fruits : 5x/sem ; légumes : 3-4x/j (une portion = taille de votre poing)Fruits : ……………….. Légumes : ……………….. Lait/produits laitiers : ……………….. |
| Comment mangez-vous ? □ Lentement □ Normalement □ Rapidement □ ……………………………… |
| Pourquoi mangez-vous en général ? □ par faim □ par compensation □ par habitude □ par plaisir □ ………… |
| Etes-vous attentif(ve) à ce que vous mangez > alimentation biologique, locale,…□ Non □ Oui, parfois □ Exclusivement □ ……………………..……………………………. |

**Troubles de santé**

Cochez avec un « X » dans la bonne colonne

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A. Fatigue et trouble de l’humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | Explications |
| Echelle : Symptôme absent = 0 point / modéré = 1 point / gênant : 2 points / très gênant : 3 points |
| Je me sens fatigué(e) |  |  |  |  |  |
| J’ai des difficultés à me motiver |  |  |  |  |  |
| J’ai des problèmes de sommeil |  |  |  |  |  |
| J’ai des difficultés de concentration |  |  |  |  |  |
| J’ai des difficultés de mémoire |  |  |  |  |  |
| Je me sens anxieux(se) / émotif(ve) / stressé(e) |  |  |  |  |  |
| Je me sens déprimé(e) |  |  |  |  |  |
| B. Troubles digestifs | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| Brûlures d’estomac / reflux / nausées |  |  |  |  |  |
| J’ai des diarrhées |  |  |  |  |  |
| Je suis constipé(e) |  |  |  |  |  |
| Alternances diarrhées - constipation |  |  |  |  |  |
| J’ai des gaz (odorants - non odorant) |  |  |  |  |  |
| J’ai des ballonnements après manger |  |  |  |  |  |
| Langue blanche - chargée - mauvaise haleine |  |  |  |  |  |
| Allergie(s) - Intolérance(s) - Test IgG :  |
| C. Troubles ostéo-articulaires | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| Je ressens des douleurs : dos, cou,… Quand ? |  |  |  |  |  |
| Je souffre des articulations |  |  |  |  |  |
| Tendinites à répétition |  |  |  |  |  |
| Muscles (crampes - tensions - raideurs) |  |  |  |  |  |
| Douleurs intercostales |  |  |  |  |  |
| Oppression respiratoire |  |  |  |  |  |
| D. Troubles infectieux | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| Angines, rhumes, sinusites, otites… |  |  |  |  |  |
| Bronchites, infections des poumons |  |  |  |  |  |
| Infections urinaires |  |  |  |  |  |
| Infections génitales |  |  |  |  |  |
| Infections digestives |  |  |  |  |  |
| Infections cutanées |  |  |  |  |  |
| E. Troubles cutanés | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| J'ai la peau sèche |  |  |  |  |  |
| Je fais régulièrement de l’eczéma |  |  |  |  |  |
| Je fais de l’acné |  |  |  |  |  |
| J’ai souvent de l’herpès |  |  |  |  |  |
| Je perds mes cheveux, ils sont ternes, cassants |  |  |  |  |  |
| Mes ongles sont cassants, se dédoublent |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| F. Troubles circulatoires | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| J’ai les jambes lourdes |  |  |  |  |  |
| Je fais de la rétention d’eau |  |  |  |  |  |
| J’ai souvent les extrémités froides |  |  |  |  |  |
| J'ai des fourmillements aux extrémités |  |  |  |  |  |
| J’ai des troubles avant les règles / douleurs ? |  |  |  |  |  |

**Divers**

|  |  |
| --- | --- |
| Médicaments, contraception (si pas assez de place, écrivez au verso) |  |
| Compléments alimentaires+ nom du laboratoire |  |
| Activité physique + fréquence |  |
| Poids : ………………kg Taille : ………………cm  |
| Composition de ménage | □ En couple □ Célibataire □ Enfants : …….. □ Autres : …………………………………….. |
| Don de sang ? Fréquence ? |  |
| Tabac ?  | □ Oui □ Non □ Dans le passé. Arrêt depuis quand ?.............................................. |
| Antécédents médicaux personnels et familiaux1. Vous
2. Mère
3. Père
4. Grands-parents
5. Frères et sœurs
 |  |
| Commentaires |  |

Dans le cadre du Règlement Européen n°2016/679 dit Règlement Général sur la Protection des données « RGPD », les informations personnelles telles qu’adresse physique, e-mail, téléphone sont utilisées strictement dans le cadre de la mission confiée à Magali Brumagne - nutrithérapeute. Les données à caractère sensible contenues dans ce document ne sont utilisées que dans le cadre et la durée nécessaire à votre suivi. Elles sont archivées au bout de 6 mois et conservées pendant 2 ans avant destruction.

Signature du patient :