

Analyse nutritionnelle de du/...../.....

NOM		PRENOM		Date de naissance	
Adresse		Code postal		Ville	
Téléphone		Métier			
E-mail		Trouvé coordonnées par ?	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Famille/ami/connaissance		
Médecin			<input type="checkbox"/> Réseaux sociaux <input type="checkbox"/> Autre		

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 <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Sur le trajet	<input type="checkbox"/> Sucré <input type="checkbox"/> Salé
Matinée (goûter)	<input type="checkbox"/> Faim <input type="checkbox"/> Envie <input type="checkbox"/> Habitudes/ennui/stress
Midi <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail	
Goûter	<input type="checkbox"/> Faim <input type="checkbox"/> Envie <input type="checkbox"/> Habitudes/ennui/stress
Soir <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail	
Soirée	<input type="checkbox"/> Faim <input type="checkbox"/> Envie <input type="checkbox"/> Habitudes/ennui/stress
Protéines nbre de fois par semaine : Viandes rouges (boeuf, agneau, 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 : <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir	
Boissons	Indiquez la quantité par jour ou par semaine : exemples : vin 2x/sem ; eau 2l/j Eau : Alcool/vin : Jus/sodas : Thé : Café : Autres :
Divers	Aliments préférés :
	Huiles et matières grasses :
	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 ? <input type="checkbox"/> Lentement <input type="checkbox"/> Normalement <input type="checkbox"/> Rapidement <input type="checkbox"/>
	Pourquoi mangez-vous en général ? <input type="checkbox"/> par faim <input type="checkbox"/> par compensation <input type="checkbox"/> par habitude <input type="checkbox"/> par plaisir <input type="checkbox"/>
Etes-vous attentif(ve) à ce que vous mangez > alimentation biologique, locale, ... <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, parfois <input type="checkbox"/> Exclusivement <input type="checkbox"/>	

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	<input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Enfants : <input type="checkbox"/> Autres :
Don de sang ? Fréquence ?	
Tabac ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans le passé. Arrêt depuis quand ?.....
Antécédents médicaux personnels et familiaux 1. 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 :