

DOSSIER CONFIDENTIEL DIETETIQUE



Date consultation :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Adresse (rue et ville) :

Numéro de téléphone :

Médecin traitant :

Par qui êtes vous envoyé(é) (si tel est le cas) :

Motif de la visite :

Histoire de votre poids ou pathologie :

- Poids actuel : Taille :
- Poids habituel (en période de stabilisation) :
- Poids souhaité :
- Grossesse ou nombres d'enfants :
- Régimes antérieurs : Lesquels :
- Résultats :

Mode de vie :

- Profession (Laquelle ? Est elle sédentaire, active, avec des déplacements ?) :
- Vos horaires de travail :
- Organisation des repas (où et à quelle heure sont pris les repas) :
 - petit déjeuner :
 - déjeuner :
 - collation :
 - diner :
- Vie privée (Vivez vous seul(e), en couple ? Prenez vous le temps de faire la cuisine ? Qui la fait ?) :
- Où faites vous vos courses alimentaires (supermarché, marché, boulangerie, boucherie, coopérative biologique ... ?) :
- Sports et Loisirs (durée et fréquence) :
- Personnes à charge :
- Tabac (oui, non, combien) :
- date arrêt ou date envisagée pour arrêter :

Résultats d'analyses :

- Taux de cholestérol (total, HDL, LDL):
- Glycémie et hémoglobine glyquée :
- Index HOMA (rapport insuline / glycémie afin d' évaluer la résistance a l' insuline) :
- Triglycérides :
- Thyroïde (TSH US, T3 et T4, anti-corps):
- Ferritine :
- Vitamine D :
- Zinc erythrocytaire :

- Iodurie des 24h :
- Selenium plasmatique :
- Vit B9 erythrocytaire
- Vit B6 et B12 et plasmatique
- CRP ultrasensible :
- Enzymes hépatiques:
- Bilan renal :
- Groupe sanguin :

Gynécologie (pour les femmes) :

- Méthode contraceptive :
- Mycoses :
- Ménopause ou préménopause :
- Traitement de substitution hormonal :

Digestion :

- Comment se déroule t-elle ? (brûlures estomac, lourdeurs, ballonnements, nausées) :

Transit intestinal :

- Diarrhées, constipation, colites (fréquence) :
- Opérations (appendice, vésicule biliaire ...) :

Etat général :

- Circulation sanguine (varices, varicosités, hémorroïdes, maladie de Raynaud) :
- Peau (sèche, grasse, acné, eczéma, psoriasis...) :
- Problèmes articulaires, arthrose, osteoporose :
- Problèmes rénaux, analyse d'urines, vessie (cystite) :
- Rétention d'eau / cellulite :
- ORL (troubles chroniques, asthme, migraines):
- Fatigue, état général :
- Anxiété, nervosité, déprime... :
- Qualité du sommeil :
- Compensations/pulsions alimentaires (horaires) :
- Traitements médicaux en cours :
- Compléments alimentaires en cours :
- Problèmes d'allergie :
- Antécédents familiaux (obésité, surpoids, diabète, maladies cardio-vasculaires, pathologies lourdes) :

Enquête diététique :

- Consommez vous du pain (ou biscottes ou équivalents) ? Quelle qualité (baguette, pain de campagne, pain complet..) et quelle quantité par jour :
- Consommez vous des féculents type pâtes, riz, semoule, légumineuses (lentilles, haricots blanc ...), pomme de terre, carottes, betterave, maïs ... ? Si oui , combien de portions/J
- Consommez vous des légumes ? Lesquels ? Crus ou cuits ? Quelle quantité par jour ?
- Consommez vous des fruits ? Lesquels ? Fruits crus ou cuits (type compote) ? combien par jour ?
- Combien de fois/sem consommez vous des poissons gras (frais ou conserve) type saumon, thon, sardine, maquereau, hareng ou flétan :
- Combien de fois/sem consommez vous des poissons blancs :
- Combien de fois/sem consommez vous de la viande et/ou charcuterie (midi et soir et soir compris) ? Lesquelles ?
- Consommez vous des œufs ? A quel moment de la journée (matin, midi ou soir) ? Sous quelle forme (omelette, à la coque, au plat, quiche...) ?
- Utilisez vous des matières grasses (beurre, crème fraîche, huile...) pour la cuisson ? De quelles matières grasses s'agit t'il et quelle quantité utilisez vous ?
- Quelles sont les huiles que vous utilisez pour vos assaisonnements ? (olive, tournesol, colza... mélange d'huile..) ? Où les achetez vous ? (en grande surface, en coopérative biologique) :
- Sucrez vous beaucoup vos desserts ou consommez vous beaucoup de plats (viennoiseries, gateaux, crèmes glacées...) ou boissons sucrées ?
- Consommez vous de l'alcool ? (vin rouge, rosé, blanc, bière, alcool fort ...) Quelle quantité par jour ou par semaine ?

- Quelle est votre consommation de produits laitiers (yaourt, fromage, lait..) ?
- Quelle type d'eau consommez vous ? (eau du robinet, eau de source, eau minérale...) ? Quelle quantité/jour ?
- Consommez vous du thé et/ou du café ? Combien de tasses/J ? :

Météo émotionnelle : merci de réfléchir aux émotions avec lesquelles vous cohabitez actuellement et de lister les situations qui les déclenchent

Personnalité (comment vous décririez-vous) et quelles sont vos valeurs :

Nous réfléchissons ensemble à vos croyances limitantes sur la nutrition, le poids, la santé, votre personnalité (ex : je ne suis pas capable ,je ne suis pas légitime, je ne mérite pas)

PS : nos émotions, nos pensées, nos croyances et la personnalité que nous nous construisons influencent notre biologie et notre corps

JOURNAL ALIMENTAIRE

Merci d'y noter l'ensemble de vos consommations alimentaires (boisson, produits céréaliers, légumes, produits laitiers, viandes poisson œufs..., sucre et sucreries, matières grasses...) en essayant d'en estimer les quantités.

Noter également l'heure de la prise alimentaire, les conditions dans lesquelles sont pris vos repas (temps consacré, debout, assis, chez vous, au restaurant, dans le calme, discussions agitées...) et vos impressions (faim, fatigue, pleine forme, ballonnement, lourdeurs, envie de craquer...).

Toutes ces remarques nous permettrons d'apprendre à vous connaître et nous aiderons à optimiser votre régime.

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3
PETIT DEJEUNER	Appétit : Heure : Contexte : Remarque :	Appétit : Heure : Contexte : Remarque :	Appétit : Heure : Contexte : Remarque:
COLLATION	Heure : Contexte : Remarque :	Heure : Contexte : Remarque :	Heure : Contexte : Remarque:
DEJEUNER	Appétit : Heure : Contexte : Remarque :	Appétit : Heure : Contexte : Remarque :	Appétit : Heure : Contexte : Remarque:

GOUTER	Appétit : Heure : Contexte : Remarque :	Appétit : Heure : Contexte : Remarque :	Appétit : Heure : Contexte : Remarque :
RETOUR DU TRAVAIL ET DINER	Appétit : Heure : Contexte : Remarque :	Appétit : Heure : Contexte : Remarque :	Appétit : Heure : Contexte : Remarque :
COLLATION	Heure : Contexte : Remarque :	Heure : Contexte : Remarque :	Heure : Contexte : Remarque :

AIDE A LA TENUE DU JOURNAL

PETIT DEJEUNER	DEJEUNER/DINER	COLLATIONS / RETOUR DU TRAVAIL
<p>Boissons (eau, sodas, sodas light, jus de fruit frais ou industriels, thé noir, thé vert, café, café au lait, chicoré...)</p> <p>Féculents : pain blanc (baguette), pain complet, pain de seigle, pain d'épeautre, biscottes, brioche, crêpes, viennoiseries...</p> <p>Matières grasses : huile d'olive, colza, tournesol, noix, chanvre, cameline... beurre, margarine, crème fraîche..., purée d'amande, de noisette, de sésame...</p> <p>Produits laitiers : lait (entier, demi écrémé, écrémé), yaourt (nature, sucré, aromatisé, au soja, au lait de brebis), fromages.</p> <p>Fruits frais ou jus de fruits</p> <p>Sucres et sucreries</p> <p>Protéines (œuf, jambon, charcuterie...)</p>	<p>Boissons, apéritif : eau minérale, de source, du robinet, sodas, alcool... Estimer les quantités</p> <p>Entrée : légumes crus, cuits (préciser nature des huiles d'assaisonnement et les quantités), charcuteries ...</p> <p>Viande, volaille, poisson, œufs.</p> <p>Féculents pâtes, semoule, riz, quinoa, millet, sarrasin, légumineuses (lentilles vertes, lentilles corail, pois chiches, pois cassés, haricots rouges...), pomme de terre, frites, crêpes...</p> <p>Légumes verts/ Salade</p> <p>Fromages Estimer les quantités</p> <p>Pain : pain blanc (baguette), pain complet, pain de seigle, pain d'épeautre..., biscottes, waza...</p> <p>Dessert (yaourt, compote, fruits crus, chocolats, gâteaux...)</p> <p>Café, thé, chicorée</p>	<p>Boissons : café, café au lait, thé, eau, chocolat au lait, capuccino</p> <p>Autres : yaourt, fruits, compote, gâteaux, viennoiserie, chocolat, fruits secs, fruits oléagineux (cacahuètes, pistaches), pain, légumes...</p>