

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 :
- Nombre de grossesse :
- 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 (résultats d'analyses + sensations d'hypoglycémie ?) :
- Triglycerides :
- Tension :
- Thyroïde (TSH US, T3 et T4):
- Ferritine :
- Vitamine D :
- Parathormone et calcémie (si problème d'osteoporose) :
- Magnesium erythrocytaire
- Zinc erythrocytaire :
- Iode :
- CRP ultrasensible :
- Enzymes hépatiques :
- Groupe sanguin :

Gynécologie :

- 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, ostéoporose :
- Problèmes rénaux, analyse d'urines, vessie (cystite) :
- Rétention d'eau / cellulite :
- ORL (troubles chroniques, asthme):
- 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...) ?
- Etes vous plutôt salé ou sucré ? Sur quels type d'aliments craquez vous facilement ? :
- 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) :
- Salez vous beaucoup vos plats ? :
- Sucrez vous beaucoup vos desserts ou consommez vous beaucoup de plats (viennoiseries, gâteaux, 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 ?

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, chicorée...)</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>