**DONNÉES ADMINISTRATIVES :**

Nom et prénom : ……………………………………

Date de naissance : …………………………………

Téléphone : ……………………………………………

Adresse mail : …………………………………………

Adresse postale : ……………………………………

Situation familiale : …………………………………

Enfants : …………

Profession : ……………………………………………

Médecin traitant : ……………………………………………………

Spécialistes : ……………………………………………………………

**DONNÉES MÉDICALES :**

Listez vos antécédents médicaux / chirurgicaux :

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

Y-a-t-il des antécédents familiaux ?

□ Maladies cardiovasculaires (infarctus, hypertension artérielle, AVC)

□ Dyslipidémie (hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie)

□ Pathologie thyroïdienne

□ Pathologie intestinale

□ Cancer

□ Autres : ………………………………………………

Tabac : □ OUI □ NON □ SEVRAGE ( … ans)

Bilan sanguin datant de moins d’un an : □ OUI □ NON

Traitements (nom et dosage) :

…………………………………………………

…………………………………………………

…………………………………………………

Compléments alimentaires (marque et dosage) :

…………………………………………………

…………………………………………………

Contraception : □ OUI □ NON

Si oui, laquelle et depuis combien de temps : …………………………………………….

Vos cycles sont-ils réguliers : □ OUI □ NON

Avez-vous d’autres suivis médicaux / paramédicaux / médecines douces : □ OUI □ NON

Si oui, lesquels : …………………………………………………………………………………………………………………

Avez-vous des problèmes digestifs (brûlures d’estomac, reflux gastrique, ballonnements, gaz) ? ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Transit : □ Régulier □ Diarrhée □ Constipation

Etes-vous stressé(e) / anxieux(se) ? □ OUI □ NON

Etes-vous anormalement fatigué(e) ? □ OUI □ NON

**DONNÉES ANTHROPOMÉTRIQUES :**

Poids actuel : ……kg

Taille : ……m

IMC : ……kg/m²

Tour de taille : ……cm

Poids maximum : ……kg

Poids minimum : ……kg

Poids de forme : ……kg

Histoire du poids :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Avez-vous déjà suivi des régimes ? □ OUI □ NON

Avez-vous déjà consulté une diététicienne ou un médecin nutritionniste ? □ OUI □ NON

SI oui, quel résultat avez-vous obtenu ? ………………………………………………………………………………

**ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES :**

Marchez-vous quotidiennement ? □ OUI □ NON

Si oui, combien de pas / kilomètres / temps par jour ou semaine ? ………………………………………

Pratiquez-vous une ou des activités physiques régulières ? □ OUI □ NON

Si oui, lesquelles et combien de fois et temps par semaine : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pratiquez-vous des activités physiques occasionnelles : □ OUI □ NON

Vos entraînements sont-ils intenses ? □ OUI □ NON

**ALIMENTATION :**

Petit déjeuner :

……………………………………………………

……………………………………………………

Collation (matinée) :

……………………………………………………

Déjeuner :

……………………………………………………

……………………………………………………

Collation (après-midi) :

……………………………………………………

Dîner :

……………………………………………………

……………………………………………………

……………………………………………………

Collation (soirée) :

……………………………………………………

Quelles matières grasses utilisez-vous pour cuire et assaisonner ?

…………………………………………………………………………………………………

**HYDRATATION :**

Quelle quantité d’eau buvez-vous par jour : ………L

Buvez-vous du thé ou café ? □ OUI □ NON

Si oui quelle quantité par jour : ……………………………………………………………

Buvez-vous des boissons sucrées (jus de fruits, sirop, sodas) ? □ OUI □ NON

Si oui, quelle quantité par jour / semaine : ………………………………………………

Quelle quantité d’alcool buvez-vous par jour / semaine / mois : ……………………………………………

**COMPORTEMENT ALIMENTAIRE :**

En combien de temps mangez-vous ? □ 5-10 min □ 10-15 min □ 15-20 min □ 20-30 min

□ ˃30 min

Grignotez-vous ? □ OUI □ NON

Avez-vous des allergies ou intolérances alimentaires ? □ OUI □ NON

Ressentez-vous la faim et la satiété ? □ OUI □ NON

Comment m’avez-vous connue ? □ Google □ Site internet □ Doctolib □ Bouche-à-oreille □ Autre : ………………………

*Merci d’avoir rempli ce questionnaire.*

*Si possible, pesez-vous chez vous le matin à jeun avant votre rendez-vous.*

*Apportez votre dernier bilan sanguin.*