

# QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER AVANT DE RENCONTRER LA DIÉTÉTISTE

## DONNÉES PERSONNELLES

Date : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Naissance : Date : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Tél. (cellulaire) : \_\_\_\_\_  
Tél. (maison) : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_  
Occupation : \_\_\_\_\_  
État civil : Cé. \_\_\_\_\_ Marié \_\_\_\_\_ Conj. fait \_\_\_\_\_  
Nb d'enfant (s) : \_\_\_\_\_ âges: \_\_\_\_\_  
Si enceinte : \_\_\_\_\_ ième semaine  
Référé par : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS PERSONNELLES

Grandeur : \_\_\_\_\_  
Poids actuel : \_\_\_\_\_  
Poids le plus haut : \_\_\_\_\_  
Poids le plus bas : \_\_\_\_\_  
Poids le plus stable : \_\_\_\_\_  
Poids désiré : \_\_\_\_\_  
Raison de votre consultation et attentes face à la rencontre:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergie : \_\_\_\_\_  
problèmes de santé : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de votre médecin traitant: \_\_\_\_\_  
Clinique médicale: \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
J'autorise ma nutritionniste à rédiger un rapport nutritionnel à mon médecin : \_\_\_\_\_  
Signature du patient  
Problèmes de santé rencontrés dans la famille:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Opérations ou maladies dans le passé:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Valeurs sanguines normales?  
oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_  
Spécifiez: \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS DIVERS

Activité physique: \_\_\_\_\_  
Fréquence et durée : \_\_\_\_\_

Médicaments consommés

Nom	Dose	Raison

Suppléments  
(vitamines, minéraux, produits naturels, etc.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tabagisme: \_\_\_\_\_ cigarettes par jour

Constipation: oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Nb verres d'eau par jour: \_\_\_\_\_

Moment des collations:

AM \_\_\_\_\_ PM \_\_\_\_\_ Soirée \_\_\_\_\_

Temps pris au repas:

Déjeuner : \_\_\_\_\_ minutes  
Dîner : \_\_\_\_\_ minutes  
Souper : \_\_\_\_\_ minutes

Les repas souvent sautés sont:

Déjeuner \_\_\_\_\_ Dîner \_\_\_\_\_ Souper \_\_\_\_\_

Périodes où vous mangez davantage?

Signaux faim et satiété reconnus : oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Nombre de repas par semaine:

À la cafétéria \_\_\_\_\_ au restaurant \_\_\_\_\_  
avec un lunch \_\_\_\_\_ autres \_\_\_\_\_

Endroits où vous mangez habituellement:

Cuisine/salle à manger \_\_\_\_\_ salon \_\_\_\_\_  
bureau \_\_\_\_\_ auto \_\_\_\_\_ autre \_\_\_\_\_

Activités faites durant le repas:

TV \_\_\_\_\_ lecture \_\_\_\_\_ radio \_\_\_\_\_ parler \_\_\_\_\_  
écrire \_\_\_\_\_ autre \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

Comportements alimentaires à travailler :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER AVANT DE RENCONTRER LA DIÉTÉTISTE

## ÉCRIRE TOUT CE QUE VOUS AVEZ MANGÉ HIER (RAPPEL DE 24 HEURES)

Déjeuner : heure : \_\_\_\_\_ endroit: \_\_\_\_\_

Collation avant-midi: \_\_\_\_\_

Dîner : heure : \_\_\_\_\_ endroit: \_\_\_\_\_

Collation après-midi: \_\_\_\_\_

Souper : heure : \_\_\_\_\_ endroit: \_\_\_\_\_

Collation en soirée: \_\_\_\_\_

## À COMPLÉTER SI VOUS DÉSIREZ PERDRE DU POIDS

Début de la prise de poids: \_\_\_\_\_

Période dans la vie où il y a eu la prise de poids: \_\_\_\_\_

Causes selon vous: \_\_\_\_\_

Régimes suivis dans le passé:

1<sup>er</sup> : \_\_\_\_\_

2<sup>ème</sup> : \_\_\_\_\_

3<sup>ème</sup> : \_\_\_\_\_

4<sup>ème</sup> : \_\_\_\_\_

5<sup>ème</sup> : \_\_\_\_\_

## HABITUDES ALIMENTAIRES

### VIANDES ET SUBSTITUTS (PAR SEMAINE)

Viande rouge \_\_\_\_\_  
Poisson \_\_\_\_\_  
Volaille \_\_\_\_\_  
Jambon / charcuteries \_\_\_\_\_  
Légumineuses \_\_\_\_\_  
Oeufs \_\_\_\_\_  
Noix/beurre d'arachides \_\_\_\_\_  
Grosseur des portions \_\_\_\_\_

### LÉGUMES :

frais \_\_\_\_\_ conserve \_\_\_\_\_ congelés \_\_\_\_\_  
Nb de portions par jour: \_\_\_\_\_  
Grosseur des portions: \_\_\_\_\_

### PRODUITS CÉREALIERS:

Tranches de pain par jour blanc / brun \_\_\_\_\_  
t. pommes de terre par semaine \_\_\_\_\_  
t. riz cuit par semaine \_\_\_\_\_  
t. pâtes alimentaires par semiane \_\_\_\_\_  
autres céréales par semaine \_\_\_\_\_  
t. céréales à déjeuner, type: \_\_\_\_\_

### FRUITS:

frais \_\_\_\_\_ conserve \_\_\_\_\_  
fruit(s) par jour \_\_\_\_\_ verres de jus par jour \_\_\_\_\_

### LAIT ET PRODUITS LAITIERS (PAR JOUR) :

t. de lait \_\_\_\_\_ %  
t. de yogourt nature / fruits \_\_\_\_\_ %  
onces de fromage type: \_\_\_\_\_  
t. crème glacée / lait glacé \_\_\_\_\_

### GRAS PAR JOUR :

c. à thé (5 mL) beurre / margarine \_\_\_\_\_  
c. à thé d'huile \_\_\_\_\_  
mayonnaise \_\_\_\_\_  
tranches de bacon par semaine \_\_\_\_\_  
type de cuisson des aliments: \_\_\_\_\_

### AUTRES ALIMENTS (encercler):

Café / thé / tisane par jour \_\_\_\_\_  
Avec sucre / substituts de sucre / lait / crème \_\_\_\_\_  
boisson gazeuse régulière / diète \_\_\_\_\_  
onces d'alcool vin / apéro / fort / bière \_\_\_\_\_  
pâtisseries (gâteau, tartes, etc.) \_\_\_\_\_  
biscuits par semaine : \_\_\_\_\_  
barres de chocolat par semaine : \_\_\_\_\_  
Portions de 1 tasse de chips par semaine \_\_\_\_\_

Sel : \_\_\_\_\_ pas \_\_\_\_\_ peu \_\_\_\_\_ moyen \_\_\_\_\_ beaucoup \_\_\_\_\_

## VOS COORDONNÉES

Nom :	Tél. résidence :
Adresse :	Cellulaire :
Courriel :	Référé par :

## ENTENTE NUTRITIONNISTE –DIÉTÉTISTE VS CLIENT

### MON ENGAGEMENT

- Je suis lié par le secret professionnel, tel que stipulé dans le code de déontologie de notre Ordre professionnel.
- J'encourage une démarche respectueuse basée sur la confiance et nos différences individuelles. J'encourage l'écoute des signaux de faim et de satiété, la non privation et le plaisir de choisir ses aliments et de bouger.
- S'il y a un problème quelconque ou quelque chose qui vous déplaît, je vous saurez gré de m'en informer le plus rapidement possible.

### VOTRE ENGAGEMENT

- Si vous **ne pouvez pas vous présenter** à votre rendez-vous, veuillez m'aviser au moins 24 heures à l'avance, sinon votre rencontre sera comptée pour une visite et sera payable.
- Un **rendez-vous téléphonique ou par visio-conférence peut remplacer votre visite** en personne si cela vous convient.

Merci de votre confiance et de respecter cette entente.

Au plaisir de vous servir et je vous souhaite une bonne démarche intègre, respectueuse et harmonieuse !

---

Je certifie avoir lu ce document et je suis en accord et consens à respecter chacun des énoncés ci-haut mentionnés.

Signatures : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Client

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_