

Questionnaire bilan nutritionnel



Information générale			
Nom du client	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Origine ethnique	<input style="width: 95%;" type="text"/>
		Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H
Courriel :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Téléphone (M)	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Adresse postale	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Téléphone (C)	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Date de l'évaluation	<input style="width: 25%;" type="text"/> (Année) <input style="width: 25%;" type="text"/> (Mois) <input style="width: 25%;" type="text"/> (Jour)	Date de naissance	<input style="width: 25%;" type="text"/> (Année) <input style="width: 25%;" type="text"/> (Mois) <input style="width: 25%;" type="text"/> (Jour) Âge <input style="width: 40px;" type="text"/>
Langue(s) parlée(s)	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) _____		
Avez-vous déjà rencontré une diététiste?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (spécifier) _____		
Pour quelle raison vous consultez?			
Habitudes de vie			
Occupation actuelle :			
Horaire :	_____ % Assis _____ % Debout		
Niveau de stress <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Élevé	Sommeil : <input type="checkbox"/> Récupérateur <input type="checkbox"/> Insuffisant <input type="checkbox"/> Problématique		
Quelles sont les activités sportives pratiquées :			
À quel endroit faites-vous votre épicerie :		Budget : <input type="checkbox"/> Oui, environ _____ \$ <input type="checkbox"/> non	
À quelle fréquence allez-vous au restaurant? <input type="checkbox"/> 1x/mois <input type="checkbox"/> 1x/semaine <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> presque tous les jours			
Avez-vous des allergies/intolérances alimentaires :			
Qu'est-ce que vous aimez manger avant l'exercice?			
Qu'est-ce que vous consommez pendant l'exercice?			
Qu'est-ce que vous consommez après l'exercice?			
Histoire médicale			
Avez-vous des problème(s) de santé :			
Avez-vous des symptômes inconfortants :			
Avez-vous une blessure :			
Digestion : <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Ballonnements <input type="checkbox"/> Gaz <input type="checkbox"/> Brûlements estomac <input type="checkbox"/> Reflux <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Constipation			
Date des dernières menstruations :		Méthode contraception :	
Médicaments/Suppléments	Dose	À quel moment	Pour quelle raison c'est consommé?

Avez-vous des attentes, besoins particuliers ou inquiétudes pour la consultation?

Questionnaire bilan nutritionnel



NOM :

Date:							
Repas	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
DÉJEUNER							
COLLATION AM							
DINER							
COLLATION PM							
SOUPER							
COLLATION HS							
# PAS							
Exercice							
Heure levé							
Heure couché							
Impression de ma journée	<input type="checkbox"/> super <input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> je ferai mieux demain...	<input type="checkbox"/> super <input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> je ferai mieux demain...	<input type="checkbox"/> super <input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> je ferai mieux demain...	<input type="checkbox"/> super <input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> je ferai mieux demain...	<input type="checkbox"/> super <input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> je ferai mieux demain...	<input type="checkbox"/> super <input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> je ferai mieux demain...	<input type="checkbox"/> super <input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> je ferai mieux demain...