

Prénom, nom :	
Téléphone :	
Date et lieu de naissance :	
Profession, enfants ? :	
Activité physique :	☐ Non ☐ oui (préciser) :
Loisirs personnel :	☐ Non ☐ oui (préciser) :
Déplacements fréquents :	☐ Non ☐ oui (préciser) :
Compléments alimentaires :	☐ Non ☐ oui (préciser) :
Contraception :	☐ Non ☐ oui (préciser) :
Hygiène des rythmes :	Horaires lever et coucher variables ? ☐ non ☐ oui préciser : Heures de lever et de coucher : Endormissement : ☐ instantanée ☐ long Réveil nocturne : ☐ non ☐ oui, préciser : Heures des 3 repas variables ? ☐ non ☐ oui Heures des repas :
Tendances émotionnelle actuelle	☐ Peur, rumination ☐ Anxiété ☐ Solitude ☐ Stress ☐ Agitation ☐ Insomnie ☐ Irritabilité, colère, frustration ☐ Jugement ☐ Dominant ☐ Envie ☐ Jalousie ☐ Déprime ☐ Attachement ☐ Envie ☐ Possessivité ☐ Léthargie, tristesse ☐ Perte d'estime de soi
Naissance	☐ Voie basse ☐ césarienne
Lister l'apparition des symptômes, maladies et traitements médicaux, blessures ou opérations avec dates chronologiques <i>Important ces détails pré-remplis font gagner un temps précieux lors du rdv</i>	1) date: 2) date: 3) date: 4) date: 5) date: 6) date: 7) date: 8) date:
Attentes du suivi :	

Observations les jours précédents le rdv :

- Appétit réel ? Fort, modéré, irrégulier ?
- Fatigue après certains repas ?
- Qualités des selles, urines et transpiration
- Mauvaise haleine ?
- Elimination des selles chaque jour ?
- Présence de dépôt le matin sur la langue ?
- Etat d'humeur changeant ?

Habitudes alimentaires

Saveurs préférées :

☐ Doux ☐ salée ☐ acide ☐ piquant ☐ amer ☐ astringent

Utilisation du sel :

☐ Chaque repas ☐ 1 fois par jour ☐ tous les 2 ou 3 jours ☐ 1 fois par semaine ☐ jamais

Utilisation d'épices :

☐ Chaque repas ☐ 1 fois par jour ☐ tous les 2 ou 3 jours ☐ 1 fois par semaine ☐ jamais

Consommation d'huile :

☐ Chaque repas ☐ 1 fois par jour ☐ tous les 2 ou 3 jours ☐ 1 fois par semaine ☐ jamais

Consommation d'oléagineux (noix ou graines) :

☐ Chaque repas ☐ 1 fois par jour ☐ tous les 2 ou 3 jours ☐ 1 fois par semaine ☐ jamais

Consommation de fruits :

☐ Chaque repas ☐ 1 fois par jour ☐ tous les 2 ou 3 jours ☐ 1 fois par semaine ☐ jamais

Consommation de légumes :

☐ Chaque repas ☐ 1 fois par jour ☐ tous les 2 ou 3 jours ☐ 1 fois par semaine ☐ jamais

Consommation de céréales :

☐ Chaque repas ☐ 1 fois par jour ☐ tous les 2 ou 3 jours ☐ 1 fois par semaine ☐ jamais

Consommation de produits laitiers animaux. (précisez si lait ou fromage ?):

☐ Chaque repas ☐ 1 fois par jour ☐ tous les 2 ou 3 jours ☐ 1 fois par semaine ☐ jamais

Consommation de charcuterie :

☐ Chaque repas ☐ 1 fois par jour ☐ tous les 2 ou 3 jours ☐ 1 fois par semaine ☐ jamais

Consommation de viande rouge :

☐ Chaque repas ☐ 1 fois par jour ☐ tous les 2 ou 3 jours ☐ 1 fois par semaine ☐ jamais

Consommation de porc :

☐ Chaque repas ☐ 1 fois par jour ☐ tous les 2 ou 3 jours ☐ 1 fois par semaine ☐ jamais

Consommation de viande blanche :

☐ Chaque repas ☐ 1 fois par jour ☐ tous les 2 ou 3 jours ☐ 1 fois par semaine ☐ jamais

Consommation de poisson :

☐ Chaque repas ☐ 1 fois par jour ☐ tous les 2 ou 3 jours ☐ 1 fois par semaine ☐ jamais

Consommation de légumineuses :

☐ Chaque repas ☐ 1 fois par jour ☐ tous les 2 ou 3 jours ☐ 1 fois par semaine ☐ jamais

Consommation de chocolat ou bonbons : ☐ chaque jour ☐ chaque semaine ☐ jamais

Suivi alimentaire 1 semaine

	Forme réveil	Petit déjeuner	Déjeuner	Diner	Collation & boissons *	Forme le soir	Emotions **
Lundi							
Mardi							
Mercredi							
Jeudi							
Vendredi							
Samedi							
Dimanche							

Préciser lors de l'utilisation, de sel, poivre, épices, ail, oignon ou échalotes.

* Préciser les encas entre les repas, thé, café et quantité d'eau.

** Préciser les émotions de la journée et si présence d'anxiété (rumination ou