Analyse nutritionnelle de ……………………………………………… du ……/………/………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM |  | PRENOM |  | Date de naissance |  |
| Adresse |  | Code postal |  | Ville |  |
| Téléphone |  | Métier |  |
| E-mail |  | Trouvé coordonnées par ? | □ Internet □ Famille/ami/connaissance □ Réseaux sociaux □ Autre …………………… |
| Médecin |  |

**Composition des repas :** indiquez ce que vous mangez habituellement à chaque repas /collation(s)

|  |  |
| --- | --- |
| **Petit-déjeuner**□ Domicile□ Travail□ Sur le trajet | □ Sucré □ Salé |
| **Matinée (goûter)** | □ Faim □ Envie □ Habitudes/ennui/stress |
| **Midi** □ Domicile□ Travail |  |
| **Goûter** | □ Faim □ Envie □ Habitudes/ennui/stress |
| **Soir**□ Domicile□ Travail |  |
| **Soirée** | □ Faim □ Envie □ Habitudes/ennui/stress |
| Nbre de fois par semaine : Viandes rouges : ………. Viandes blanches - volailles: ………. Poissons: ………. Oeufs : ………. Autres : ………………………………….. |
| Quels légumes ? : Vinaigrettes / sauces :  |
| Quels féculents ? : |
| Repas principal : □ Matin □ Midi □ Soir |
| **Boissons**  | Eau : ………. Alcool/vin : ………. Jus/sodas : ………. Thé : ………. Café : ………. Autres : ……….Indiquez la quantité « 0 par jour » ou  « 0 par semaine » (cocher) |
| **Divers** | Aliments préférés :  |
| Huiles et matières grasse :  |
| Fruits : ……………….. Légumes : ……………….. Lait/produits laitiers : ………………..Indiquez la **quantité** □ par jour OU □ par semaine (cocher) (une portion = taille de votre poing) |
| Comment mangez-vous ? □ Lentement □ Normalement □ Rapidement □ ……………………………… |
| Pourquoi mangez-vous en général ? □ par faim □ par compensation □ par habitude □ par plaisir □ ………… |
| Etes-vous attentif(ve) à ce que vous mangez > alimentation biologique, locale,…□ Non □ Oui, parfois □ Exclusivement □ ……………………..……………………………. |

Cochez avec un « X » dans la bonne colonne

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A. Fatigue et trouble de l’humeur | 0 | 1 | 2 | 3 | Commentaires |
| Echelle : Symptôme absent = 0 point / modéré = 1 point / gênant : 2 points / très gênant : 3 points |
| Je me sens fatigué(e) |  |  |  |  |  |
| J’ai des difficultés à me motiver |  |  |  |  |  |
| J’ai des problèmes de sommeil |  |  |  |  |  |
| J’ai des difficultés de concentration |  |  |  |  |  |
| J’ai des difficultés de mémoire |  |  |  |  |  |
| Je me sens anxieux(se) / émotif(ve) / stressé(e) |  |  |  |  |  |
| Je me sens déprimé(e) |  |  |  |  |  |
| B. Troubles digestifs | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| Brûlures d’estomac / reflux / nausées |  |  |  |  |  |
| J’ai des diarrhées |  |  |  |  |  |
| Je suis constipé(e) |  |  |  |  |  |
| Alternances diarrhées - constipation |  |  |  |  |  |
| J’ai des gaz (odorants - non odorant) |  |  |  |  |  |
| J’ai des ballonnements après manger |  |  |  |  |  |
| Langue blanche - chargée - mauvaise haleine |  |  |  |  |  |
| Allergie(s) - Intolérance(s) - Test IgG :  |
| C. Troubles ostéo-articulaires | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| Je ressens des douleurs : dos, cou,… Quand ? |  |  |  |  |  |
| Je souffre des articulations |  |  |  |  |  |
| Tendinites à répétition |  |  |  |  |  |
| Muscles (crampes - tensions - raideurs) |  |  |  |  |  |
| Douleurs intercostales |  |  |  |  |  |
| Oppression respiratoire |  |  |  |  |  |
| D. Troubles infectieux | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| Angines, rhumes, sinusites, otites… |  |  |  |  |  |
| Bronchites, infections des poumons |  |  |  |  |  |
| Infections urinaires |  |  |  |  |  |
| Infections génitales |  |  |  |  |  |
| Infections digestives |  |  |  |  |  |
| Infections cutanées |  |  |  |  |  |
| E. Troubles cutanés | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| J'ai la peau sèche |  |  |  |  |  |
| Je fais régulièrement de l’eczéma |  |  |  |  |  |
| Je fais de l’acné |  |  |  |  |  |
| J’ai souvent de l’herpès |  |  |  |  |  |
| Je perds mes cheveux, ils sont ternes, cassants |  |  |  |  |  |
| Mes ongles sont cassants, se dédoublent |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| F. Troubles circulatoires | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| J’ai les jambes lourdes |  |  |  |  |  |
| Je fais de la rétention d’eau |  |  |  |  |  |
| J’ai souvent les extrémités froides |  |  |  |  |  |
| J'ai des fourmillements aux extrémités |  |  |  |  |  |
| J’ai des troubles avant les règles / douleurs ? |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Médicaments, contraception  |  |
| Compléments alimentaires |  |
| Activité physique + fréquence |  |
| Poids : ………………kg Taille : ………………cm  |
| Composition de ménage | □ En couple □ Célibataire □ Enfants : …….. □ Autres : …………………………………….. |
| Don de sang ? Fréquence ? |  |
| Tabac ?  | □ Oui □ Non □ Dans le passé. Arrêt depuis quand ?.............................................. |
| Objectif de votre consultation> Pourquoi vous consultez ? |  |
| Antécédents médicaux personnels et familiaux* Mère
* Père
* Grands-parents
* Frères et soeurs
 |  |
| Commentaires |  |

Dans le cadre du Règlement Européen n°2016/679 dit Règlement Général sur la Protection des données « RGPD », les informations personnelles telles qu’adresse physique, e-mail, téléphone sont utilisées strictement dans le cadre de la mission confiée à Magali Brumagne - nutrithérapeute. Les données à caractère sensible contenues dans ce document ne sont utilisées que dans le cadre et la durée nécessaire à votre suivi. Elles sont archivées au bout de 6 mois et conservées pendant 2 ans avant destruction.

Signature du patient :