

**SURVEILLANCE MEDICALE - FICHE DIETETIQUE**

Nom : \_\_\_\_\_  
Prenom : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Profession /  
Scolarité

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

**ORGANISATION D'UNE JOURNEE TYPE (repondre par 0,1,2,>3)**

Aliments	Petit déjeuner	Matinée	Déjeuner	Après-midi	Dîner	Soir
Viande ou Poisson ou œufs ou Jambon						
Produits Laitiers						
Fromages (en part)						
Féculents (pâtes, riz, céréales, pomme de terre, pain...)						
Légumes						
Fruits						
Beurre						
Huile et Sauce						
Aliments sucrés (barres chocolatées, biscuits...)						
Autres, précisez:						
EAU (en nombre de verres)						
Jus de fruits et Soda (boisson gazeuse sucrée) - verres ou canettes						
Alcool (Bière, Cidre, Vin, apéritif)						

**A quelle fréquence mangez-vous? (répondre par une croix par ligne)**

Aliments	< 1/mois	1/mois	2/mois	1/semaine	2/semaine	>2/semaine
Poisson						
Charcuterie (hors jambon blanc)						
Frites ou Fritures						
Gratins ou fromage rapé sur les aliments						
Pizza						
Quiche						
Fromage (hors yaourt, fromage)						
Pâtisserie , glaces						
Chocolat et barres chocolatées						
Biscuits, Gateaux						
Gâteaux apéritifs						
dans un fast-food						
Hamburger, Kebab, pizza						

Prenez vous des compléments alimentaires, vitamines, barres énergétiques ? \_\_\_\_\_

Etes-vous satisfait de votre apparence (taille/poids)? \_\_\_\_\_

Je me trouve trop gros(se)? \_\_\_\_\_

Je me trouve trop mince? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà fait un régime? \_\_\_\_\_

Voudriez-vous faire un régime? Si oui, pourquoi? \_\_\_\_\_

**Combien de temps mettez-vous pour consommer un repas?**

\_\_\_\_\_

Poids estimé actuel : \_\_\_\_\_ kg Poids de forme optimal : \_\_\_\_\_ kg

**Quels sont les aliments que vous n'AIMEZ PAS?**

\_\_\_\_\_

Commentaire : \_\_\_\_\_