

NOM : _____

Date du jour : ___ / ___ / _____

Prénom : _____

HYGIENE DE VIE ET NUTRITION

√ **SOMMEIL :**

Quantité :

Heure du coucher : ___ / ___

Insuffisant ? oui O – non O

Heure du lever : ___ / ___

Hypersomnie ? oui O – non O

Nombre d'heures de sommeil : ___

Qualité :

Sommeil réparateur ? oui O – non O

Insomnie d'endormissement ? oui O – non O

Insomnie de 2^{ème} partie de nuit ? oui O – non O

Sommeil agité ? oui O – non O

Sieste ? oui O – non O

Détail :

√ **CONSOMMATIONS DIVERSES :**

Tabac / cigarette électronique :

Fumez-vous ? oui O – non O

Si oui : combien de cigarettes/jour ? ___

Chiquez-vous ? oui O – non O

Si oui : combien de chiques/jour ? ___

Vapotez-vous ? oui O – non O

Si oui : combien de liquide/semaine ? ___

Alcool :

Consommez-vous de l'alcool ? oui O – non O

Régulièrement O – Occasionnellement O : quelle fréquence et quantité ? _____

Consommez-vous :

Du CBD ? oui O – non O

Régulièrement O – Occasionnellement O : quelle fréquence ? _____

Du cannabis ? oui O – non O

Régulièrement O – Occasionnellement O : quelle fréquence et quantité ? _____

NOM : _____
Prénom : _____

Date du jour : ___ / ___ / _____

QUESTIONNAIRE NUTRITIONNEL (*)

* INFORMATION :

Accidents ou problèmes de santé survenus depuis 1 an :

Y a-t-il eu une incidence sur votre alimentation : OUI NON

Commentaires :

Y a-t-il eu une incidence sur votre poids : OUI NON

Commentaires :

* HABITUDES ALIMENTAIRES

Type d'alimentation : Variée et paraissant spontanément équilibrée Plutôt riche en féculent
 Plutôt riche en graisse Plutôt riche en protéine
 Végétarien Végétalien

Appétit : Bon Moyen Irrégulier Mauvais

Objectifs : Entretien Amaigrissement Prise de poids Augmentation de la masse musculaire

Aversions et / ou allergies alimentaires : OUI NON

Si oui, précisez :

Pathologies liées à l'alimentation : OUI NON

Si oui, précisez :

Changement d'alimentation en fonction des objectifs sportifs ? OUI NON

J'ai la sensation d'avoir perdu le contrôle de votre poids : OUI NON

Mon poids fluctue de plus de 6 kg dans la saison : OUI NON

Je me trouve trop gros(se) alors que les autres me trouvent trop mince ? OUI NON

La nourriture domine ma vie ? OUI NON

Régime en cours ? OUI NON

* LES REPAS

Petit-déjeuner : Jamais Tous les jours Autre : _____ jours/semaine

Déjeuner : Jamais Tous les jours Autre : _____ jours/semaine

Dîner : Jamais Tous les jours Autre : _____ jours/semaine

Collation : Jamais Tous les jours Autre : _____ jours/semaine

Précisez : en matinée l'après-midi le soir

Grignotage ? OUI NON Si oui, précisez : _____

(*) Questionnaire emprunté au service de médecine du sport du C.H.U de Grenoble

NOM : _____

Date du jour : ___ / ___ / _____

Prénom : ___

QUESTIONNAIRE NUTRITIONNEL (SUITE)

*** HYDRATATION :**

Eau plate, gazeuse (tisanes) : 1/2 litre 1 litre > 1 litre
Boissons sucrées (sirop, sodas, jus de fruits) : Occasionnel 1 verre/j 1-2 verres/j >2 verres/j
Thé/Café : <1 tasse/j 1 à 3 tasse/j >3 tasses/j
Vous buvez : Lors des repas entre les repas à l'entraînement

*** COMBIEN DE FOIS PAR JOUR MANGEZ – VOUS :**

Lait/yaourts/fromage blanc/petits suisses. /jour
Fromages secs. /jour
Crème dessert, flan. : /jour
Des viandes/poissons/œufs/jambon : /jour
Des féculents, autre que le pain : pâtes, riz, pommes de terre, légumes secs : /jour
Pain ou biscottes ou céréales : /jour
Des fruits : /jour
Des légumes crus ou cuits : /jour
Avez-vous l'habitude de cuisiner « léger » (peu d'huile, de beurre, de crème) : OUI NON

*** COMBIEN DE FOIS PAR SEMAINE MANGEZ – VOUS :**

Des sucreries (bonbons, glaces, barres chocolatées...): ≤ 1 2 à 4 > 4
Des viennoiseries, pâtisseries : ≤ 1 2 à 4 > 4
Restauration rapide (sandwich, croque-monsieur, fast-food, quiches...): ≤ 1 2 à 4 > 4
Des charcuteries (saucisson, pâté...): ≤ 1 2 à 4 > 4
Fritures, plats en sauce... : ≤ 1 2 à 4 > 4

*** PRENEZ VOUS DES VITAMINES ou DES COMPLEMENTES ALIMENTAIRES ?**

Vitamine C ? OUI NON Si oui, précisez : _____
Protéines ? OUI NON Si oui, précisez : _____
Compléments alimentaires ? OUI NON Si oui, précisez : _____

*** PENDANT LE SPORT :**

Vous buvez :

Eau : OUI NON Nature : _____ Qté : _____ l/h
Boissons sucrées : OUI NON Nature : _____ Qté : _____ l/h
Boissons énergétiques : OUI NON Nature : _____ Qté : _____ l/h

Vous mangez :

Barres protidiques : OUI NON Nature : _____ Qté : _____ barres/h
Barres de céréales : OUI NON Nature : _____ Qté : _____ barres/h
Autres : OUI NON Nature : _____ Qté : _____ barres/h

Souhaitez-vous rencontrer la diététicienne ? OUI NON