

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 : _____