

Date de la consultation :

CONSULTATION MICRONUTRITION - NUTRITHÉRAPIE

| | |
|--|-----------------|
| NOM: | Prénom : |
| Date de naissance | |
| Taille : | Poids |
| Profession | |
| N° tél | |
| Adresse | |
| e-mail : | |
| Nombre d'enfant(s) | |
| Poids à 20 ans : | |
| Avez-vous des variations de poids ? | |

BUT/Objectifs de cette consultation?

Expériences antérieures dans l'amincissement/esthétisme/coaching?

Résultats?

Comment percevez-vous votre façon de manger ?

Prenez-vous vos repas devant la télévision ?

Prenez-vous vos repas en lisant ?

Avez-vous un soutien affectif (famille, ami(e), club, entraîneur, ...) dans votre démarche?

Existe t-il des problèmes de« surpoids » dans votre famille ?

Existe t-il des problèmes de « ménopause précoce » dans votre famille ?

Existe t-il des problèmes de « thyroïde » dans votre famille ?

Avez-vous fait ou faites vous une activité physique et/ou du sport ?

- discipline pratiquée :
 - quantité (nombre d'heure(s) par semaine)
 - durée d'une séance :
- Performance atteinte**

Questionnaire d'évaluation spécifique

II HUMEUR. FATIGUE

- Qualité du sommeil : Score de 1 à 10 :

endormissement facile/ difficile: réveil nocturne ?:

- Réveil fatigué? réveil précoce?
- Coups de pompe pendant la journée ?

- Etes-vous attiré(e) par le sucré ?:

Matin: Après midi: Soir:

- Avez-vous des difficultés pour apprendre ?
- Avez-vous des problèmes de concentration ?
- Avez-vous des troubles de l'attention ?
- Avez-vous des difficultés avec votre mémoire : Exemples:

2I DIGESTIF :

- Constipation : - Diarrhée:
- Ballonnements après le repas: - RGO
- Brûlures d'estomac :

3) INFECTIONS :

- Infections:

Quel Type principal ? : (gorge, angine, rhumes, sinusite, otite, bronchite, urinaire, génitale, cutanés, digestive, dentaire, ...)

Gingivorragie :

4) CUTANÉS

- Problèmes de peau:

Quel Type principal ? : (sèche, eczéma, acné, herpes visage,...)

- Problèmes de cheveux :

Quel Type principal? : (perte, cassant, ternes)

- Problèmes d'ongles :

Quel Type principal? : (cassant, strié, dédoublés,...)

5) OSTEO-ARTICULAIRE. DEGENERATIFS :

- Douleurs ostéo-articulaires :

Quel Type principal? : (dos, cou, poignet, coude, épaule, cheville, genou, hanche,...)

- Douleur au niveau : (muscle, tendons,)

- Avez-vous une maladie rhumatismale (polyarthrite, spondylarthrite,...)

- Souffrez-vous des yeux (cataracte, yeux secs,...)

6) CIRCULATOIRES :

- Crampes musculaires? : Quand? :

- Jambes lourdes : - Fourmillements aux bouts des membres:

- Jambes et/ou doigts gonflés:

- Avez-vous des troubles avant les règles (seins tendus, douleurs, fatigue, déprime,...)

- Ressentez-vous une baisse de l'appétit sexuel/libido ?

- Avez-vous des troubles de l'érection :

- Avez-vous des migraines?

=> Avez-vous un problème de santé particulier?

Si oui lequel? : (Cholestérol, HTA, Diabète, Allergie(s), ...)

Vos habitudes alimentaires :

=> Mangez-vous à heures régulières ?

=> **Quels sont vos aliments préférés ?**

en viande:

en poisson:

en légumes:

en laitages :

en fruits:

Type d'huile?: olive tournesol
beurre

Type de beurre ? Nature ou

Y a t-il des aliments que vous ne souhaitez absolument pas consommer ?

Si oui, lesquels ?

Comment évaluez-vous votre consommation de sel ?

Salez- vous avant de goûter un plat ?

Quantité de boissons (nombre de verre(s)) consommées au cours de la journée

A quel moment?:

Café: thé: soda: alcool:

autre:

Vin:

Eau (1): **Quel type?:**

Combien de fois allez-vous au restaurant par semaine ?

Eprouvez-vous la sensation de faim durant la journée ?

Si oui, à quels moments?

Grignotage pendant la journée ?

Prenez- vous un traitement (médicaments, compléments alimentaires, coupes faim, substitut de repas...) ?:

Avez-vous essayé des régimes?

lesquels?

Hyperpro?

Utilisez-vous des produits à 0% ?

Utilisez-vous des produits lights?

Aspartame?

Pilule?:

Stérilet?:

Allaitement ?

Donneur de sang?

Etes-vous fumeur ?

Nombre de cigarettes par jour ?

Avez-vous arrêté de fumer?

Depuis combien de temps?

Prise de poids ?

Depuis quand ?

Câs chflûûqjue N°Ü : (Q) tûmnsaitnoa, \$ rilt@

=> Combien de fois par semaine pour une somme de :-vous ?

| | lesquelles | Mode de cuisson/ préparation | Quantité | fréquence |
|-------------------|--|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Viande | VR boeuf agneau | frit | /150-200g | 5 x sem |
| | VB poulet, dinde | four | 1150-200 | 4 x sem |
| Poisson | Cabillaud | frit | 150-200g | 1 x sem |
| oeufs | Au plat omelette | Poêle dur | | 4-5 |
| Produits laitiers | Fromage: camembert, roquefort yaourt aux fruits | | Gros morceaux | 4-5 x/sem 4-5 x/sem |
| | | | | |
| Céréales | in | | | |
| Pain | Baguette | | | : 3/4 /j |
| | industrielle pain de mie | | | : 2 tranches le matin |
| Féculeux | Pâtes | Au beurre et huile olive (qqf) | Grosse assiette | 3 x/sem |
| | Riz | ++ cantonné (congelé) | 1 assiette moyenne | : 1 à 2 x/sem |
| | Pomme de terre | frite au beurre | 1 assiette 2 _ed* | 1 à 2x/sem occ |
| Légumes secs | lentilles | Saucisse | /boite | rare |
| Crudités | SV, tomates,... | Vinaigret)-e en t eot | Petite /assiette | : 3 xsem |
| Légumes cuits | H vert, ratatouille | Au beurre congelé | /Petite assiette | 2 x/sem |
| Fruits | (Or<.1D9.e +++ | | | < 1 /j |
| Pâtisseries | Tarte aux fruits chocoLat,etc... | | | 3x/sem |
| Entremets salés | Quiche, pizza | | | : 2X/sem |
| Viennoiseries | Croissant pain au lait | | | : ++weekend |

Jour type de votre régime alimentaire (samedi/dimanche)

Précisez les quantités (bol, verre, assiette « petite, moyenne grande », ...)
N'oubliez pas de préciser la quantité de pain consommé

| Petit déjeuner | Déjeuner | Goûter | Dîner | Grignotage |
|--|---------------------------------|--------|-----------------------------------|---------------|
| Café | Steak de bœuf (gros) | | Jambon ou oeufs | qqfau travail |
| 2 tranches pain de mie avec confiture jus d'orange | salade verte (peu) | | légumes en gratin | bonbons |
| | pâtes au fromage fromage | | ou plat congelé à base de légumes | |
| | farte aux fruits ou fruit (peu) | | qqffruit ou gâteaux | |

Jour type de votre régime alimentaire (samedi/dimanche)

Précisez les quantités (bol, verre, assiette « petite, moyenne grande », ...)
N'oubliez pas de préciser la quantité de pain consommé

| Petit déjeuner | Déjeuner | Goûter | Dîner | Grignotage |
|-------------------------------|--|--------|----------------------------------|------------|
| AUCI!!!!!! (!!!! bnlnch !) | Omelette ou oeuf avec bacoll] avec fruits pain | | Pizz2 ou plat préparé nems?tc... | n?? |

Questionnaire d'évaluation des symptômes du SNC
 Célétécholamine, Sérotônine, Magnésium

NOM:

Date:

Estimer chacun des symptômes suivants pour la période des 30 derniers jours

Échelle de points :

0 = symptôme absent

1 = symptôme modéré

2 = symptôme gênant

3 = symptôme très gênant

| Symptômes déficit sérotoninergique : | <input type="radio"/> | 0 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|---|-----------------------|----------|-----------------------|-----------------------|
| Irritabilité | | | | |
| Insatisfait(e), impatient(e), sentiment d'être incompris(e) | | | | |
| Intolérance aux contraintes, à la frustration, au stress | | | | |
| Humeur changeante (personne agréable qui explose pour un oui ou un non) | | | | |
| Agressivité | | | | |
| Compulsions alimentaires notamment envie de sucré, grignotage entre les repas | | | | |
| Tendance à la dépendance: tabac, alcool, café, sport, | | | | |
| Hyperactivité | | | | |
| Dépression saisonnière (automne, fin hiver), manque de lumière affecte le moral | | | | |
| Difficulté à trouver le sommeil, insomnie | | | | |

| |
|--|
| <p>.. : JrrriPl fflêf' . êfi jfCâté fiê>! rriifo t9iQ êt{ ; < . - . " ' }</p> |
| Toujours fatigué(e) |
| Troubles du sommeil, réveils précoces |
| Difficulté d'entreprendre, difficulté à prendre des décisions |
| Difficultés de concentration, de mémorisation, d'apprentissage |
| Retrait (plus l'envie de voir ses amis,...), repli sur soi même, perte du plaisir à faire les choses |
| Diminution de l'intérêt au travail, manque de motivation, difficultés à faire des projets |
| Sentiment d'être déprimé (e), douleur morale |
| Sentiment de dévalorisation, manque de confiance en soi, baisse de la Libido |
| Impatience dans les jambes |
| Difficulté à poursuivre une action, fonctionnement au ralenti |

| Symptômes déficients Symptômes déficients | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|---|
| Hyperexcitabilité, émotivité, anxiété, réveils nocturnes | | ■ | | |
| Crampes musculaires (mollets, doigts de pied, pieds, mains...) s'aggravant éventuellement pendant la Grossesse | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| j Tensions musculaires, raideurs dans la nuque, les épaules et bas du dos | | | | |
| Douleur intense qui part du haut du cou et qui irradie dans la partie postérieure du crane), céphalées temporales avec impression d'avoir la tête dans un étau | | | | |
| Douleurs intercostales (pointe thoracique qui contraint à respirer tout doucement, « pointe au cœur ») | | | | |
| Hypersensibilité aux bruits et à la lumière | | | | |
| Oppression respiratoire, palpitations | | | | |
| Fourmillements des mains et des pieds (Paresthésies), extrémités froides et moites | | | | |
| Contractions involontaires de la paupière (clonie palpébrale), d'autres muscles (bras, abdominaux, quadriceps) | | | | |
| Rétention d'eau notamment en période prémenstruelle et pendant la grossesse | | | | |

Interprétation :

..- Si Score < 10 : sujet « dans la norme »

..- Si Score entre 10 et 20 : correction nutritionnelle et compléments alimentaires possibles

,,, Si Score > 20: compléments alimentaires « d'urgences » !