

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

1) 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 :

2) 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 ?

Savez- 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 :

Vin : autre :

Eau (l) : 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 ?

Cas clinique N°1 : Optimisation santé

=> Combien de fois par semaine consommez-vous ?

	lesquelles	Mode de cuisson/ préparation	Quantité	fréquence
Viande	VR boeuf agneau	frit	150-200g	5 x sem
	VB poulet, dinde	four	150-200g	4 x sem
Poisson	Cabillaud	frit	150-200g	1 xsem
oeufs	Au plat omelette	Poêle dur		4-5
Produits laitiers	Fromage : camembert, roquefort		Gros morceaux	4-5 x/sem
	yaourt aux fruits			4-5 x/sem
Céréales	non			
Pain	Baguette			$\frac{3}{4}$ /j
	industrielle pain de mie			2 tranches le matin
Féculents	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 pdt	1 à 2x/sem occ
Légumes secs	lentilles	Saucisse	boite	rare
Crudités	SV, tomates... (autres verts)	Vinaigrette en pot	Petite assiette	3 xsem
Légumes cuits	H vert, ratatouille	Au beurre congelé	Petite assiette	2 x/sem
Fruits	Orange +++			< 1 /j
Pâtisseries	Tarte aux fruits chocolat, etc...			3x/sem
Entremets salés	Quiche, pizza			2X/sem
Viennoiseries	Croissant pain au lait			++ week end

Journée type de votre équilibre alimentaire en semaine

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

<i>Petit déjeuner</i>	<i>Déjeuner</i>	<i>Goûter</i>	<i>Dîner</i>	<i>Grignotage</i>
<p>Café</p> <p>2 tranches pain de mie avec confiture jus d'orange</p>	<p>Steak de boeuf (gros) salade verte (peu) pâtes au fromage fromage tarte aux fruits ou fruit (peu)</p>		<p>Jambon ou œufs légumes en gratin ou plat congelé à base de légumes</p> <p>qqf fruit ou gâteaux</p>	<p>qqf au travail</p> <p>bonbons</p>

qqf fruit

Journée type de votre équilibre alimentaire (samedi/dimanche)

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

<i>Petit déjeuner</i>	<i>Déjeuner</i>	<i>Goûter</i>	<i>Dîner</i>	<i>Grignotage</i>
<p>Aucun ou brunch !</p>	<p>Omelette ou oeuf avec bacon avec fruits pain</p>		<p>Pizza ou plat préparé nems,tc...</p>	<p>non</p>

Questionnaire d'évaluation des neurotransmetteurs du SNC

(E.C.S.M)

Catécholamine - Sérotonine - 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 :	0	1	2	3
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				

Symptômes déficit Catécholaminergique:	0	1	2	3
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 déficit magnésien	0	1	2	3
Hyperexcitabilité, émotivité, anxiété, réveils nocturnes				
Crampes musculaires (mollets, doigts de pied, pieds, mains...) s'aggravant éventuellement pendant la grossesse				

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 ente 10 et 20 : correction nutritionnelle et compléments alimentaires possibles
- Si Score > 20 : compléments alimentaires « d'urgences » !