**BILAN NUTRITION PHYSIOLOGIQUE**

NOM : …………………………….... Prénom : …………………………… Date de naissance : Choisir date

Sexe : [ ]  Homme [ ]  Femme. Si femme, puberté depuis : Choisir date

 ménopause depuis : Choisir date

Taille : Choisir taille cm Poids (le matin au réveil) : Choisir poids kg

Tour de taille (au plus creux de la taille) : Choisir liste cm

Tour de hanche (au plus fort de l’articulation joignant les hanches et les cuisses) :

 Choisir liste cm

Niveau d’activité physique et professionnel : [ ]  Faible ou sédentaire

 [ ]  Moyen ou actif

 [ ]  Elevé ou sportif de haut niveau

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

Tél. : ……….…………………………….... @ : ………..……………………………………………………………………………....

Profession : ……………………………………..……….... Loisirs : ………………………………………….………………………..

***Pourquoi consultez-vous ?***

***Quels sont vos antécédents médicaux ? (date et nature)***

***Quels sont vos antécédents chirurgicaux ? (date et nature)***

***Quelles sont les antécédents familiaux ? ( père, mère, grand père, grand-mère, frère, sœur, oncle, tante)***

***Actuellement prenez-vous un traitement médical ou un complément alimentaire ? Si oui lequel ? Quelle posologie ? Depuis quand ?***

**QUESTIONNAIRE CLINIQUE PHYSIOLOGIQUE**

**La cotation s’effectue de la manière suivante** :

0 = Je ne ressens jamais ce symptôme.

1 = Je ressens de temps en temps ce symptôme … mais ce symptôme est peu gênant

2 = Je ressens ce symptôme de manière répétée… ce symptôme est assez

gênant, je souhaiterais m’en débarrasser.

3 = Je ressens ce symptôme en permanence… ce symptôme me gêne beaucoup, je n’arrive pas à m’en débarrasser.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A- FATIGUE ET TROUBLES DE L’HUMEUR** | **0** | **1** | **2** | **3** |
| Je me sens fatigué(e) |[ ] [ ] [ ] [ ]
| J’ai des difficultés à me motiver |[ ] [ ] [ ] [ ]
| J’ai des problèmes de sommeil |[ ] [ ] [ ] [ ]
| J’ai des difficultés de concentration |[ ] [ ] [ ] [ ]
| J’ai des difficultés de mémoire |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Je me sens anxieux(se) |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Je me sens angoissé(e) – Je me sens déprimé(e) |[ ] [ ] [ ] [ ]

**TOTAL SCORE A = ………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **B- TROUBLES DIGESTIFS** | **0** | **1** | **2** | **3** |
| Je ressens des brûlures à l’estomac |[ ] [ ] [ ] [ ]
| J’ai des reflux acides |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Je ressens des nausées |[ ] [ ] [ ] [ ]
| J’ai des diarrhées |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Je suis constipé(e) |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Je présente des alternances diarrhées/constipation |[ ] [ ] [ ] [ ]
| J’ai des ballonnements après manger |[ ] [ ] [ ] [ ]
| J’ai des crises de colite |[ ] [ ] [ ] [ ]

**TOTAL SCORE B = ………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **C- TROUBLES OSTEO-ARTICULAIRES****ET DEGENERATIFS** |  **0** |  **1** | **2** |  **3** |
| Je ressens des douleurs au niveau du dos, du cou |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Je souffre des articulations (poignet, coude, épaule, cheville, genou, hanche) |[ ] [ ] [ ] [ ]
| J’ai mal dans les muscles, les tendons |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Quand je fais du sport, je me blesse facilement |[ ] [ ] [ ] [ ]
| J’ai une maladie rhumatismale |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Je souffre des yeux (cataracte, yeux secs…) |[ ] [ ] [ ] [ ]

**TOTAL SCORE C = ……..**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **D- TROUBLES INFECTIEUX** |  **0** |  **1** | **2** |  **3** |
| Je présente régulièrement les troubles suivants : |[ ] [ ] [ ] [ ]
|  Maux de gorge, angines, rhumes, sinusites, otites |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Bronchites, infection des poumons |[ ] [ ] [ ] [ ]
| J’ai régulièrement des infections urinaires |[ ] [ ] [ ] [ ]
| J’ai régulièrement des infections génitales |[ ] [ ] [ ] [ ]
| J’ai régulièrement des infections digestives |[ ] [ ] [ ] [ ]
| J’ai régulièrement des infections cutanées |[ ] [ ] [ ] [ ]

**TOTAL SCORE D = ……..**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **E- TROUBLES CUTANES** |  **0** |  **1** | **2** |  **3** |
| J’ai la peau sèche |[ ] [ ] [ ] [ ]
|  Je fais régulièrement de l’eczéma |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Je fais de l’acné |[ ] [ ] [ ] [ ]
| J’ai souvent de l’herpès au niveau du visage |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Je perds mes cheveux, ils sont ternes, cassants |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Mes ongles sont cassants, ils se dédoublent |[ ] [ ] [ ] [ ]

**TOTAL SCORE E = ……...**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **F- TROUBLES CIRCULATOIRES** |  **0** |  **1** | **2** |  **3** |
| J’ai les jambes lourdes |[ ] [ ] [ ] [ ]
|  Je fais de l’œdème (chevilles, mains, doigts…) |[ ] [ ] [ ] [ ]
| J’ai souvent les extrémités froides |[ ] [ ] [ ] [ ]
| J’ai des fourmillements aux extrémités |[ ] [ ] [ ] [ ]
| J’ai des troubles avant les règles (seins tendus, douleurs, fatigue, déprime) |[ ] [ ] [ ] [ ]

**TOTAL SCORE F = ……..**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **G : HABITUDES** | **0** | **1** | **2** | **3** |
| Du tabac : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  Moins de 5 cigarettes / jour = 1 |  |  |  |  |
|  De 5 à 15 cigarettes / jour = 2 |  |  |  |  |
|  Plus de 15 cigarettes/jour = 3 |  |  |  |  |
| De l’alcool : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  Plus de 3 verres et moins de 75 cl par jour = 1 |  |  |  |  |
|  Entre 75 et 150 cL / jour = 2 |  |  |  |  |
|  Plus de 150 cL / jour = 3 |  |  |  |  |
| Un médicament : | [ ]  | - | [ ]  | [ ]  |
|  Régulièrement = 2 |  |  |  |  |
|  Tous les jours = 3 |  |  |  |  |
| J’utilise un contraceptif : | [ ]  | - | - | [ ]  |
|  Oral (pilule) = 3 |  |  |  |  |
|  Stérilet = 3 |  |  |  |  |
| Je suis donneur de sang = 3 |[ ]  - | - |[ ]

**TOTAL SCORE G =** **…….**

***BOISSONS : quelle quantité buvez-vous par JOUR ?***

Eau : quantité lesquelles : ………………………………………… Soda : quantité lesquels : …………………………………………

Vin : quantité lesquels : ………………………………………… Alcool : quantité lesquels : …………………………………………

Café : quantité Thé : quantité

***Combien de fois par SEMAINE consommez-vous ?***

De la viande : ….. Lesquelles : ………………………………………… Mode de cuisson : Choisissez un élément.

Du poisson : ….. Lesquels : ………………………………………… Mode de cuisson : Choisissez un élément.

Des œufs : …..

Des produits laitiers : …..

Lait : ….. Quelle quantité par jour ? quantité

Lait entier : ….. Lait1/2 écrémé : ….. Lait écrémé : …..

Lait de vache : ….. Lait de chèvre : ….. Autre : …………………………………………

Fromage : ….. Lesquels : …………………………………………

Yaourts : ….. Lesquels : …………………………………………

Des céréales : ….. Lesquelles : …………………………………………

Du pain : ….. Lequel : …………………………………………

Des féculents (pâtes, riz, pommes de terre) : …..

Des légumineuses (lentilles, haricots blancs, pois fèves) : …..

Des fruits : …..

Des légumes : …..

Des crudités : …..

Quelles huiles utilisez-vous ? …………………………………………

Des pâtisseries (gâteaux, sucreries, barres chocolatées) : …..

Des viennoiseries (croissants, pain au chocolat, etc.) : …..

***Quel est votre équilibre alimentaire sur une journée ?***

Pour calculer vos portions :

*Eau* : 1 portion = 1verre de 25 cL

*Protéines* : 1 portion = 1morceau de viande = 1 part de poisson = 2 œufs

*Laitage* : 1 portion = 1 bol de lait = 1 yaourt = 1 part de fromage

*Produits céréaliers :* 1portion = 1 bol de céréales, de muesli, de flocons d’avoine = 1morceau de pain = 1 tarte =

1 assiette de riz, de pâtes, pommes de terre = 1 assiette de lentilles ou d’haricots blancs = 1 assiette de semoule

*Fruits et légumes* : 1 portion = 1 fruit = 1 salade de fruit = 1 compote = 1 salade, 1 crudité = 1 assiette de légumes cuits

*Sucreries et boissons sucrées* : 1portion = 20cL de boisson sucrée = 1 barre chocolatée = 1 gâteau = 1 croissant = 5 bonbons

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de portions | Eau | Protéines | Laitage | Produits céréaliers | Fruits et légumes | Sucreries et boissons sucrées |
| Petit déjeuner | ….. | ….. | ….. | ….. | ….. | ….. |
| Déjeuner | ….. | ….. | ….. | ….. | ….. | ….. |
| Goûter | ….. | ….. | ….. | ….. | ….. | ….. |
| Dîner | ….. | ….. | ….. | ….. | ….. | ….. |
| En dehors des repas | ….. | ….. | ….. | ….. | ….. | ….. |