

ENQUÊTE ALIMENTAIRE

Date:

IDENTIFICATION:

NOM et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Comment m'avez-vous connu ?

Pourquoi faites-vous appel à moi :

Programme choisi :

ACTIVITÉS SOCIOPROFESSIONNELLES :

Travaillez-vous actuellement ? OUI NON

Si non : Retraité Invalide Sans profession Autres :

Si oui :

Quelle est votre profession ?

Quelles sont vos horaires ?

Quels sont vos jours de repos ?

Avez-vous une activité associative ou autre ? OUI NON
Laquelle ?

Est-ce que vous êtes stressé(e) au travail ? OUI NON

Est-ce que vous aimez votre travail ? OUI NON

Vous vivez : Seul(e) En famille En compagnie

Combien de personnes ? Combien de personnes ?

Adultes ?

Enfants ?

HISTOIRE DU POIDS :

A l'âge adulte quel était (est) votre poids le plus bas ?

A quel âge ?

Quel était (est) votre poids le plus haut ?

A quel âge ?

Votre poids a-t-il varié récemment ?

De combien ?

Depuis quand ?

Pourquoi (événement de la vie)

% de variation de poids

Quel est votre poids actuel ?

Votre taille ?

IMC ?

Souhaitez-vous modifier votre poids actuel ?

 OUI NON

De combien ?

Quel est votre poids de forme (poids où vous vous sentez bien) ?

IMC avec le poids de forme ?

ALIMENTATION :

Votre culture, religion influence-t-elle votre alimentation ?

 OUI NON

Si oui, comment ?

Qui réalise les achats alimentaires ? (où ? Quand ? Avec qui ?)

Si, c'est vous, est-ce ? :

 Un plaisir Une contrainte Autre :

Chez vous, qui prépare les repas ?

Aimez-vous cuisiner ?

 OUI NON

Quels types de préparations ?

Goûtez-vous les plats ?

De quel temps disposez-vous pour préparer les repas ?

De quel équipement disposez-vous pour cuisiner, conserver vos aliments ?

 réfrigérateur congélateur four four micro-ondes cuisinière autres :

Où mangez-vous ?

Petit déjeuner :

Déjeuner :

Dîner :

Mangez-vous seul ou en compagnie ? PD :

D :

D :

Quelle est la durée de vos repas ? PD :

D :

D :

Mangez-vous par ?

 Nécessité Faim Gourmandise

Mangez-vous ?

Vite ←-----→ Lentement

Vous arrive-t-il de manger au restaurant ?

Si oui

 1 fois/sem. >1 fois /sem. 1 fois/mois >1 fois/mois

Combien ?

Combien ?

Vous arrive-t-il de faire des repas de famille, d'amis, etc... ?

Si oui

 1 fois/sem. >1 fois /sem. 1 fois/mois >1 fois/mois

Combien ?

Combien ?

Avez-vous faim ?

 En vous mettant à table En Sortant de table Entre les repas

Estimez-vous êtes un

 Gros mangeur Mangeur moyen Petit mangeur

Quels aliments préférez-vous ?

 Sucrés Salés

Avez-vous l'habitude de vous resservir à table ?

 Oui Non

• Plus particulièrement sur quels types de plats ?

• Le faites-vous

 De temps en temps Rarement à tous les repas

Vous arrive-t-il de ne rien prendre à un repas ?

 Oui Non

Si oui,

 Le petit déjeuner A midi Le soir 1 fois/sem. 1 fois/sem. 1 fois/sem. 2 à 4 fois/sem. 2 à 4 fois/sem. 2 à 4 fois/sem. plus plus plus

Prenez-vous des collations ou en-cas ?

 Dans la matinée Dans l'après-midi Après le travail En soirée La nuit

Si oui, quels types de collations ?

Existence de difficultés pour s'approvisionner, préparer les repas, s'alimenter ? OUI NON

Si oui lesquelles ?

Habituellement, suivez-vous un régime alimentaire ? OUI NON

Si oui lequel ?

Avez-vous déjà suivi d'autres régimes ? OUI NON

Si oui lesquels ?

Quand ?

Pourquoi ?

Si prescrit, par qui ?

ACTIVITÉ PHYSIQUE :

Quel(s) moyens de transport(s) utilisez-vous pour vous rendre à votre lieu de travail ?

Sur votre lieu de travail ou pendant votre occupation principale :

Marchez-vous ? jamais occasionnellement souvent

Êtes-vous assis ? jamais occasionnellement souvent

Pendant vos loisirs :

Marchez-vous ? (jardinez-vous ? bricolez-vous activement ?)

jamais occasionnellement souvent

Pratiquez-vous un sport ? jamais occasionnellement souvent

Si oui lequel ?

Adaptez-vous votre alimentation ?

Regardez-vous la télévision ? jamais occasionnellement souvent

Comment vous déplacez-vous en dehors de votre travail ?

TABAC :

Fumez-vous ?

OUI

NON

Si oui combien par jour ?

Depuis quand ?

Souhaitez-vous arrêter de fumer ? OUI NON

Si non, pourquoi ?

DIVERS :

Avez-vous des maladies particulières ?

Prenez-vous des médicaments ?

Portez-vous une prothèse dentaire ? OUI NON

Si oui, est-elle bien supportée ? OUI NON

Si non, pourquoi ?

EVALUATION DES CONSOMMATIONS

ALIMENTAIRES

COMPOSITION HABITUELLE DES REPAS (journée type) (Estimation des quantités si possible en poids, bol, assiette, cuillère à soupe, etc...)			SYNTHÈSE
PETIT DÉJEUNER	ALIMENTS	QUANTITÉ	
A quelle heure ? Où ? Debout <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/>			
EST-IL LE MÊME TOUS LES JOURS ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Quels autres types d'aliments prenez-vous alors ? Avec quelle fréquence ?			
DÉJEUNER	ALIMENTS	QUANTITÉ	
A quelle heure ? Où ? Debout <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/>			
DÎNER	ALIMENTS	QUANTITÉ	
A quelle heure ? Où ? Debout <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/>			

<p>FAITES-VOUS UN GÔTER ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Pas tous les jours, combien de fois par semaine ?</p> <p>A quelle heure ?</p> <p>Avec quels aliments et quelle quantité ?</p>	
<p>EXISTE-T-IL D'AUTRES MOMENTS DANS LA JOURNÉE OÙ VOUS MANGEZ ?</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si oui, <input type="checkbox"/> par faim <input type="checkbox"/> par ennui <input type="checkbox"/> par gourmandise <input type="checkbox"/> autre :</p> <p>Vers quelle heure ? Quels aliments ? <input type="checkbox"/> salés <input type="checkbox"/> sucrés</p> <p style="padding-left: 100px;">Lesquels et quelles quantités ?</p> <p>Avec quelle fréquence ?</p>	
<p>QUE BUVEZ-VOUS ? QUELLES QUANTITÉS ET FRÉQUENCES ?</p>	
<p><i>Eau</i></p>	<p><input type="checkbox"/> moins d'1/2L/j <input type="checkbox"/> 1/2 à 1L/j <input type="checkbox"/> 1 à 2L/j</p> <p><input type="checkbox"/> plus, combien ?</p>
<p><i>Vin</i></p>	<p><input type="checkbox"/> rien <input type="checkbox"/> 2 à 3 verres/j <input type="checkbox"/> 4 à 7 v/j</p> <p><input type="checkbox"/> plus, combien ?</p>
<p><i>Bière ou cidre</i></p>	<p><input type="checkbox"/> rien <input type="checkbox"/> 1 canette/j</p> <p><input type="checkbox"/> plus, combien ?</p>
<p><i>Apéritifs</i></p>	<p><input type="checkbox"/> rien <input type="checkbox"/> 1/j <input type="checkbox"/> 1/semaine</p> <p><input type="checkbox"/> plus, combien ?</p>
<p><i>Jus de fruits</i></p>	<p><input type="checkbox"/> rien <input type="checkbox"/> 1 verre/j <input type="checkbox"/> 2 à 3 v/j</p> <p><input type="checkbox"/> plus, combien ?</p>
<p><i>Boissons sucrées (jus de fruits, sirop, sodas...)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> rien <input type="checkbox"/> 1 verre/j <input type="checkbox"/> 2 à 3v/j</p> <p><input type="checkbox"/> plus, combien ?</p>
<p><i>Boissons chaudes (infusions, thé, café...)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> rien <input type="checkbox"/> 1 tasse/j <input type="checkbox"/> 2 à 3t/j</p> <p><input type="checkbox"/> plus, combien ?</p>
<p>Combien de morceaux de sucre utilisez-vous par tasse ?</p>	<p><input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> 1/tasse <input type="checkbox"/> 2 à 3/tasse</p> <p><input type="checkbox"/> plus, combien ?</p>
<p>Mettez-vous du lait ?</p>	<p><input type="checkbox"/> écrémé <input type="checkbox"/> 1/2 écrémé <input type="checkbox"/> entier</p> <p><input type="checkbox"/> combien ?</p>

QUE MANGEZ-VOUS ? QUELLES QUANTITÉS ET FRÉQUENCES ?

Légumes crus à chaque repas 1 fois/j 1 fois/semaine

Légumes cuits à chaque repas 1 fois/j 1 fois/semaine

Fruits crus jamais à chaque repas 1 fois/j

Fruits cuits jamais à chaque repas 1 fois/j

Féculents/Pommes de terre à chaque repas 1 fois/j
 2 à 4 fois/sem moins

Légumes secs jamais 1 à 2 fois/mois
 1 fois/sem plus, combien ?

Pain blanc complet moins de 100g/j
 100 à 200g/j plus, combien ?

Viande à chaque repas 1 fois/j
 moins, combien ?

Poissons jamais 1 fois/semaine
 plus, combien ?

Œufs jamais 1 fois/semaine
 plus, combien ?

Produits reconstitués (nugget's, surimi, cordon bleu, etc)
 tous les jours 4 fois/sem
 2 fois/sem moins

Charcuterie à chaque repas 1 fois/j
 2 à 4 fois/sem moins

Produits laitiers :

Fromage : à chaque repas 1 fois/j
 2 à 4 fois/sem moins

Yaourt, fromage blanc, petits suisses, verre de lait... :
 jamais 1 fois/j
 3 fois/j plus, combien ?

Entrées à base de feuilleté ou tartes

à chaque repas 1 fois/j
 2 à 4 fois/sem moins

Fritures (frites, chips, beignets...)

jamais 1 fois/sem
 2 à 4 fois/sem plus, combien ?

Desserts sucrés (pâtisseries, glaces, entremets...)

jamais 1 fois/sem
 2 fois/sem plus, combien ?

<p><i>Viennoiseries</i> <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> 1 fois/sem <input type="checkbox"/> 2 fois/sem <input type="checkbox"/> plus, combien ?</p> <p><i>Produits sucrés (bonbons, chocolat...</i> <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> 1 fois/sem <input type="checkbox"/> 2 fois/sem <input type="checkbox"/> plus, combien ?</p> <p><i>Produits allégés</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, <input type="checkbox"/> allégés en sucre <input type="checkbox"/> allégés en gras</p>	
<p>MODE DE CUISSON OU D'ASSAISONNEMENT LE PLUS RÉGULIÈREMENT UTILISÉ POUR :</p> <p><i>Les viandes</i> <input type="checkbox"/> beurre <input type="checkbox"/> crème <input type="checkbox"/> margarines <input type="checkbox"/> huiles <input type="checkbox"/> aucun</p> <p><i>Les légumes</i> <input type="checkbox"/> beurre <input type="checkbox"/> crème <input type="checkbox"/> margarines <input type="checkbox"/> huiles <input type="checkbox"/> aucun</p> <p><i>Les salades</i> <input type="checkbox"/> Huile <input type="checkbox"/> crème <input type="checkbox"/> aucun <i>Combien/personne ?</i> <input type="checkbox"/> 1càs d'huile ou de crème/personne <input type="checkbox"/> plus, combien ?</p> <p>Estimez la quantité consommée de :</p> <p>Beurre : g/j ou g/semaine</p> <p>Crème : g/j ou g/semaine</p> <p>Margarine : g/j ou g/semaine</p> <p>Huile : càs/j cuillère(s) à soupe/semaine</p>	
<p>Quels sont les aliments ou plats que vous aimez particulièrement ?</p>	
<p>Existe-t-il des aliments que vous ne supportez pas, ou que vous ne devez (ou pouvez) pas manger ?</p>	
<p>Existe-t-il des aliments que vous vous forcez à consommer pour diverses raisons ?</p>	

