



PREPARATION DE LA PREMIERE CONSULTATION



Lieux de rendez-vous :

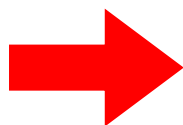
- Cabinet paramédical – 480 Rue Aubanel – Résidence Imagine 2, Bâtiment A2 – 13580 **LA FARE LES OLIVIERS**.
- Centre Médical Intermarché, Boulevard de la Reine Jeanne, 13300 **SALON DE PROVENCE**.
- Depuis votre ordinateur ou votre smartphone !

Différents créneaux selon le choix du cabinet :

Horaires	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
9h-12h	/	/	Visio	Visio	Salon
14h-19h	Salon	La Fare	La Fare		



Avant chaque rendez-vous :



**Merci de me contacter 48h avant chaque rendez-vous,
au plus tard, par SMS, mail, ou appel téléphonique
pour CONFIRMER ou ANNULER notre rendez-vous !**

- Pour la 1^{ère} consultation :
 - Compléter le dossier ci-joint.
 - Joindre au dossier les résultats d'un bilan sanguin, si vous en avez fait un dans les 12 mois précédents.
 - Me remettre le tout en main propre (*version papier*) au moment de notre 1^{er} rendez-vous.



Tarifs et modes de règlement :

- **Règlement en début de consultation**, par **chèque**, ou en **espèces** (*prévoir l'appoint, le rendu de monnaie n'étant pas toujours possible*) ou par carte bleue (*frais en sus*).
- **Un dédommagement est facturé en cas de rendez-vous non honoré** sans avoir prévenu 48h à l'avance.
- Conditions tarifaires ici : <https://lmdiet.wixsite.com/lmdiet/tarifs-et-conditions>

Page blanche pour recto/verso

DOSSIER MEDICAL ET DIETETIQUE

Merci de remplir ce document soigneusement en écrivant en lettres d'imprimerie.

Données administratives :

 Nom et prénom -

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin Date de naissance : Age :

Adresse complète :

Téléphones : Mail :

 Situation familiale :

☐ Marié/vie en couple ☐ En couple sans cohabitation ☐ Célibataire ☐ Divorcé ☐ Veuf(ve)

Nombre d'enfants : dont à charge : Age des enfants :

Activités diverses :

 Profession : Horaires de travail :

 Profession du conjoint :

 Centres d'intérêt / Divertissements :

 Répartir les 24h d'une journée dans le tableau suivant :

Exemple : 0,5 pour 30 minutes, 3,5 pour 3h30, etc...

Nombre d'heures	Activités
	Sommeil et sieste, repos en position allongée
	En position assise : repos, TV, ordinateur, jeux vidéo, jeux de sociétés, lecture, écriture, travail de bureau, couture, transports, repas
	En position debout : toilette, petits déplacements dans la maison, cuisine, travaux ménagers, achats, travail de laboratoire, vente, conduite d'engins
	Femmes : marche, jardinage ou équivalent, gymnastique, yoga Hommes : activités professionnelles manuelles, debout, d'intensité moyenne (industrie chimique, industrie des machines-outils, menuiserie, ...)
	Hommes : marche, jardinage, activités professionnelles d'intensité élevée (maçonnerie, plâtrerie, réparation auto...)
	Sport intense , activités professionnelles intenses (terrassement, travaux forestiers...)

Le total doit être égal à 24.

Sommeil :

	Heure de coucher	Heure de lever	Nombre d'heures
Jours travaillés			
Jours de repos			

Qualité du sommeil :

✿ Composition habituelle des prises alimentaires : *Partie très importante pour établir mon diagnostic nutritionnel !*
 Dans le tableau suivant, indiquez tout ce que vous avez pu consommer sur **7 jours complets**.

	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7
Petit- Déjeuner							
<i>Matinée</i>							
Déjeuner							
<i>Après- midi</i>							
Diner							
Soirée							



Habitudes alimentaires :

 Apports hydriques : (1 semaine = 7 jours)

Boissons	Préciser la quantité et la fréquence de consommation :		
	Soit par jour	Soit par semaine	Soit par mois
Exemples	Eau : 1l/j	Soda : 1 canette 3x/sem	Vin : 5 verres 2x/mois
Eau			
Café			
Thé			
Tisane			
Jus de fruits			
Sirop			
Autres boissons sucrées			
Boissons lights			
Apéritif			
Vin, Bière			
Cocktails alcool/soda			

 Préparer les repas, est-ce pour vous :

☐ Corvée ☐ Plaisir ☐ Autre :

 Quels sont les contextes de vos prises alimentaires ?

Vous pouvez distinguer jours travaillés (T) et jours de repos (R).

Prises alimentaires	Heure	Durée	Lieu	Assis ou debout ?	Devant la TV, seul, accompagné, ... ?
Petit-Déjeuner					
Déjeuner					
Diner					
Collation/goûter					
Grignotages					

 Observations

✿ Sensations ressenties :

Prises alimentaires	Juste avant le repas		A la fin du repas		
	Faim avant manger	Pas faim mais envie de manger	Encore faim	Normalement rassasié	Trop mangé, lourdeur
Petit-Déjeuner	☐	☐	☐	☐	☐
Déjeuner	☐	☐	☐	☐	☐
Diner	☐	☐	☐	☐	☐
Collation/goûter	☐	☐	☐	☐	☐
Grignotages	☐	☐	☐	☐	☐

✿ Observations

✿ Nombre de repas de groupe, en comité de famille ou entre amis par mois (*en moyenne*) :

✿ Nombre de fast-food par mois (*en moyenne*) :

✿ Eléments considérés comme positifs dans votre alimentation actuelle :

✿ Eléments considérés comme négatifs dans votre alimentation actuelle :

✿ Motivations :

✿ Comment vivez-vous votre poids actuel ?

✿ Objectifs de la prise en charge diététique :

✿ Activités physiques envisagées :

✿ Informations complémentaires :