CORINNE MICHEL

NUTRITHÉRAPIE & MICRONUTRITION

FORMULAIRE DE PRÉ-CONSULTATION

Nutrithérapie & micronutrition | À compléter avant notre premier rendez-vous

Environ 10 à 15 minutes. Cochez les réponses qui vous correspondent et répondez brièvement. Si vous ne savez pas, laissez la case vide : nous en parlerons ensemble.

01 Vos coordonnées

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ **Téléphone :** _____

E-mail : _____ **Profession (facultatif) :** _____

02 Pourquoi consultez-vous ?

Votre motif principal de consultation (en quelques mots) :

_____

_____

Depuis quand cette difficulté ou ce besoin est-il présent ?

_____

Qu'aimeriez-vous surtout améliorer ? (cochez jusqu'à 3 réponses)

☐ Énergie / fatigue
☐ Équilibre alimentaire
☐ Sommeil / stress
☐ Paramètres de santé
☐ Digestion / confort intestinal
☐ Poids / composition corporelle
☐ Sucre / grignotages
☐ Autre : _____

03 Quelques repères

Taille (facultatif) : _____ cm **Poids actuel (facultatif) :** _____ kg

Votre poids a-t-il changé récemment ? ☐ Stable ☐ Augmenté ☐ Diminué ☐ Préfère ne pas répondre

Avez-vous déjà été accompagné(e) en nutrition ? ☐ Oui ☐ Non

Un élément important de votre parcours ou de vos attentes à signaler ?

_____

02 / 05 Votre santé

Ces informations aident à adapter les conseils et à repérer les précautions éventuelles.

04 Antécédents et situations à connaître

Avez-vous reçu un diagnostic concernant l'un des points suivants ?

- ☐ Hypertension / maladie cardiovasculaire
- ☐ Diabète / prédiabète
- ☐ Cholestérol / triglycérides élevés
- ☐ Trouble thyroïdien / hormonal
- ☐ Maladie digestive chronique
- ☐ Maladie inflammatoire / auto-immune
- ☐ Anxiété / dépression / trouble du sommeil
- ☐ Trouble du comportement alimentaire
- ☐ Autre problème de santé important
- ☐ Aucun de ces diagnostics connu

Précisions utiles (diagnostic, suivi médical, opération importante...) :

_____

_____

Allergies alimentaires, intolérances diagnostiquées ou aliments à éviter pour raison médicale :

_____

_____

Situation particulière (si concerné(e))

- ☐ Grossesse / projet de grossesse
- ☐ Allaitement / post-partum
- ☐ Périménopause / ménopause
- ☐ Antécédents familiaux importants

05 Médicaments, compléments et examens

Prenez-vous actuellement des médicaments ? ☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous des compléments alimentaires ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez les noms et doses si vous les connaissez (ou apportez une liste) :

_____

_____

_____

Avez-vous des résultats récents d'analyses ? ☐ Oui ☐ Non

Si possible, apportez votre dernière prise de sang, une liste de vos traitements et les comptes rendus médicaux pertinents. Aucun examen supplémentaire n'est demandé pour remplir ce formulaire.

Autre information de santé importante pour la consultation :

_____

_____

03 / 05 Vos habitudes alimentaires

Une journée habituelle suffit : pas besoin de peser les aliments ni de compter les calories.

06 Votre rythme alimentaire

Repas principaux par jour : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Variable

Horaires des repas : ☐ Plutôt réguliers ☐ Variables / décalés

Collations / grignotages : ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent

À quoi ressemble une journée alimentaire habituelle ?

Moment	Heure approx.	Aliments et boissons habituels
Petit-déjeuner	.....	
Déjeuner	.....	
Dîner	.....	
Collations / grignotages	.....	

Vos habitudes générales (choisissez une réponse par ligne)

Légumes	☐ Chaque jour ☐ Plusieurs fois/sem. ☐ Rarement
Fruits	☐ Chaque jour ☐ Plusieurs fois/sem. ☐ Rarement
Poisson / fruits de mer	☐ Au moins 1 fois/sem. ☐ Moins souvent ☐ Jamais
Légumineuses (lentilles, pois chiches...)	☐ Au moins 1 fois/sem. ☐ Moins souvent ☐ Jamais
Produits sucrés (biscuits, desserts...)	☐ Chaque jour ☐ Parfois ☐ Rarement

07 Boissons et préférences

Eau (environ) : ☐ Moins d'1 L/j ☐ 1 à 1,5 L/j ☐ Plus d'1,5 L/j ☐ Je ne sais pas

Café / thé : ☐ 0 ☐ 1 à 2 tasses/jour ☐ 3 tasses ou plus/jour

Alimentation : ☐ Omnivore ☐ Végétarienne ☐ Végétalienne ☐ Autre

Aliments que vous évitez, n'aimez pas ou ne souhaitez pas manger :

_____

04 / 05 Votre bien-être au quotidien

Quelques repères sur la digestion, l'énergie et le mode de vie.

08 Digestion et relation à l'alimentation

Avez-vous régulièrement ces symptômes ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Aucune gêne digestive particulière
☐ Ballonnements / gaz
☐ Reflux / brûlures
☐ Constipation
☐ Diarrhée / transit irrégulier
☐ Douleurs abdominales

Si vous le savez : aliments ou situations qui déclenchent ces symptômes :

_____

Quelles affirmations vous correspondent parfois ? (facultatif)

☐ Je mange rapidement ou devant un écran
☐ Je grignote sans avoir vraiment faim
☐ Le stress influence mon alimentation
☐ J'ai du mal à sentir la faim ou la satiété
☐ J'ai souvent envie de sucre
☐ Aucune de ces situations

09 Sommeil, énergie et activité

Sommeil moyen : _____ h / nuit
Qualité du sommeil : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise

Énergie actuelle : _____ / 10
Niveau de stress : _____ / 10

Activité physique : ☐ Rare / aucune ☐ Occasionnelle ☐ Régulière

Si vous bougez régulièrement : activité et fréquence approximative :

_____

10 Autres habitudes de vie

Tabac : ☐ Non ☐ Ancien(ne) fumeur/fumeuse ☐ Oui

Alcool : ☐ Jamais ☐ Occasionnel ☐ Chaque semaine ☐ Quotidien

Votre travail ou quotidien : ☐ Horaires réguliers ☐ Horaires décalés ☐ Travail de nuit

Une précision importante sur votre rythme de vie ou votre stress ?

_____

_____

05 / 05 Pour un accompagnement réaliste

L'objectif est de construire des conseils adaptés à votre quotidien et à vos préférences.

11 Contraintes et préférences

Vous cuisinez : ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement

Temps disponible pour préparer un repas : ☐ Moins de 15 min ☐ 15 à 30 min ☐ Plus de 30 min

Ce qui peut compliquer vos changements (cochez ce qui vous concerne)

☐ Manque de temps / d'énergie
☐ Budget alimentaire limité
☐ Repas pris à l'extérieur
☐ Horaires variables
☐ Habitudes de la famille / entourage
☐ Manque d'idées ou d'organisation

Aliments, goûts ou habitudes auxquels vous tenez particulièrement :

_____

_____

12 Vos attentes pour la consultation

Que souhaitez-vous recevoir en priorité ? (cochez au maximum 3 réponses)

☐ Comprendre mes habitudes et mes besoins
☐ Des priorités simples et personnalisées
☐ Des idées de repas faciles
☐ Des conseils pour améliorer ma digestion
☐ Mieux gérer le sucre / les grignotages
☐ Un accompagnement progressif, sans régime strict

Quel serait pour vous un premier petit changement réalisable ?

_____

Motivation actuelle à faire évoluer certaines habitudes : _____ / 10

Autre chose que vous aimeriez me signaler avant le rendez-vous :

_____

_____

13 Avant le rendez-vous

Si vous les avez, vous pouvez apporter votre dernière prise de sang, la liste de vos médicaments et compléments, ainsi que tout document médical en lien avec votre demande.

Cadre de l'accompagnement Ce formulaire prépare une consultation de nutrithérapie. L'accompagnement nutritionnel ne remplace pas un diagnostic, un traitement ni un avis médical lorsque ceux-ci sont nécessaires.

Date : _____ **Signature (si document imprimé) :** _____

Merci pour vos réponses. Nous approfondirons ensemble les points importants lors de la consultation.