



Nom et prénom : .....

Date : .....

Votre médecin traitant :

Autres médecins (gastro-entérologue...) :

Allergie alimentaire et/ou Intolérance alimentaire :

Diabète       Cholestérol élevé       Triglycérides élevés       Anémie

Autres problématiques sur vos analyses biologiques :

Comme **médicaments, compléments alimentaires, contraceptif...** je prends :

Nom du médicament	Rôles	Posologie (dosage, heures...)

## Évaluez-vous de 0 (totalement faux) à 5 (totalement vrai) :

J'ai des douleurs abdominales.	0	1	2	3	4	5
Les douleurs abdominales sont présentes plusieurs fois par jour.	0	1	2	3	4	5
J'ai des ballonnements.	0	1	2	3	4	5
Les ballonnements sont présents plusieurs fois par jour.	0	1	2	3	4	5
J'ai des flatulences.	0	1	2	3	4	5
Les flatulences sont présentes plusieurs fois par jour.	0	1	2	3	4	5
J'ai des envies subites d'aller à la selle.	0	1	2	3	4	5
J'ai des remontées acides.	0	1	2	3	4	5
J'ai de la nausée, des vomissements.	0	1	2	3	4	5
Je fais des râts.	0	1	2	3	4	5
Je suis fatigué(e).	0	1	2	3	4	5
La maladie impacte ma vie personnelle.	0	1	2	3	4	5
La maladie impacte ma vie sociale et professionnelle.	0	1	2	3	4	5
Je suis quelqu'un de motivé, toujours positif(ve).	0	1	2	3	4	5
Je suis quelqu'un de déterminé, qui ne lâche rien.	0	1	2	3	4	5
J'organise facilement mon quotidien et je respecte ma planification.	0	1	2	3	4	5
J'ai beaucoup de plaisir à manger.	0	1	2	3	4	5
J'ai beaucoup de plaisir à cuisiner.	0	1	2	3	4	5
J'arrive à prendre du temps pour moi, à prendre soin de moi.	0	1	2	3	4	5
J'ai des bonnes connaissances en nutrition.	0	1	2	3	4	5
J'ai des bonnes connaissances en cuisine.	0	1	2	3	4	5
J'ai une vie sédentaire.	0	1	2	3	4	5

⇒ Merci également d'apporter

- les résultats de votre dernière **prise de sang**
- ainsi **que le journal alimentaire sur 3 jours**

➔ Si vous le souhaitez, téléchargez gratuitement l'application *MonSuiviDiet*.