



Nom et prénom :

Date :

Motif de consultation :

Votre médecin traitant :

Autres médecins :

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 de l'énergie pour réaliser mes tâches au quotidien.	0	1	2	3	4	5
J'arrive à me concentrer facilement.	0	1	2	3	4	5
J'ai une bonne mémoire, je retiens facilement les informations.	0	1	2	3	4	5
Je suis calme et patient(e).	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 des douleurs chroniques.	0	1	2	3	4	5
J'ai un sommeil de qualité, bien réparateur.	0	1	2	3	4	5
Je vais à la selle régulièrement et facilement.	0	1	2	3	4	5
Je ressens de l'inconfort ou des douleurs au niveau de l'abdomen.	0	1	2	3	4	5
Je me sens gonflée.	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*.