

VIGNETTE DE MUTUELLE A COLLER

Date de naissance :

GSM/tél. :

email :

BILAN NUTRITIONNEL – PRÉVENTION DES RÉCIDIVES

Date d'aujourd'hui : Date d'intervention (si programmée) :

SANTÉ

Votre poids : Votre taille :

1) Antécédents familiaux - indiquez le lien de parenté (parents, frères, sœurs)

Cancer ☐ OUI ☐ NON

Si oui : chez qui et de quoi ?

.....

Diabète ☐ OUI ☐ NON

Infarctus, thrombose, embolie ☐ OUI ☐ NON

Hypertension ☐ OUI ☐ NON

Excès de poids ☐ OUI ☐ NON

Hypothyroïdie ou hyperthyroïdie ☐ OUI ☐ NON

Endométriose ☐ OUI ☐ NON

Fibrome ☐ OUI ☐ NON

Autres maladies ? Maladies génétiques ? Maladies transmissibles aux descendants ?

.....

2) Antécédents personnels

Grossesse ☐ OUI ☐ NON

Si oui, combien et en quelle année ?

.....

Fausse couche ☐ OUI ☐ NON

Si oui, combien et en quelle année ?

.....

Age des premières règles :

Moyen de contraception ☐ OUI ☐ NON

Si oui, de quel type ?

Avez-vous des cycles réguliers sans pilule ? ☐ OUI ☐ NON

Présentez-vous des règles douloureuses ? ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous d'autres problèmes gynécologiques (passés ou actuels ?)

.....

.....

Avez-vous déjà été hospitalisée ? ☐ OUI ☐ NON

Pour quel type d'opération et quand ?

.....

.....

.....

Allergies ☐ OUI ☐ NON

Si oui, à quoi ?

.....

.....

Remarquez-vous certains troubles après l'ingestion de certains aliments ?

(ex. : farines, produits laitiers...) ☐ OUI ☐ NON

Si oui, avec quel(s) aliment(s) ?

.....

.....

Prenez-vous des médicaments ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui :

Nom du médicament + dose	A quelle fréquence ?
--------------------------	----------------------

.....	
-------	-------

.....	
-------	-------

.....	
-------	-------

.....	
-------	-------

.....	
-------	-------

.....	
-------	-------

Oubliez-vous de prendre vos médicaments ? ☐ JAMAIS ☐ PARFOIS ☐ SOUVENT

Avez-vous des soucis de santé ? (infectieux, circulatoire, dermatologique, intestinal...)

.....

.....

Etes-vous satisfaite de la qualité de votre peau ? ☐ OUI ☐ NON

Si non, pourquoi ?

.....

.....

Etes-vous satisfaite de votre transit intestinal ? ☐ OUI ☐ NON

Si non, pourquoi ?

.....

.....

Combien de fois par jour ou par semaine allez-vous à selle ?

.....

.....

Avez-vous des douleurs chroniques ? (ventre, dos, ailleurs)
Si oui, lesquelles ? Depuis quand ? Dans quelles circonstances ?

☐ OUI ☐ NON

.....
.....

ALIMENTATION

A quelle heure vous levez-vous ?

Combien de repas prenez-vous par jour ?

Mangez-vous entre les repas ?

Repas du matin

Heure : Contenu :

10h

Heure : Contenu :

Repas de midi

Heure : Contenu :

Goûter

Heure : Contenu :

Repas du soir

Heure : Contenu :

Autres collations

Heure : Contenu :

Mangez-vous à l'extérieur de chez vous
(restaurant, fast food, sandwicherie...) ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, dans quel(s) endroit(s) ?

.....

A quelle fréquence ?

.....

Consommez-vous des mets prêts à l'emploi
(plats préparés, pizza, lasagnes...) ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels ?

.....

A quelle fréquence ?

.....

Mangez-vous des sauces avec votre/vos repas ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, quel(s) type(s) ?

.....

Mangez-vous du poisson ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels ?

.....

Combien de fois par semaine ?

.....

Quel(s) mode(s) de cuisson ?

.....

Mangez-vous des repas à base d'œufs ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, combien de fois par semaine ?

.....

Mangez-vous de la viande ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles ?

.....

Combien de fois par semaine ?

.....

Quel(s) mode(s) de cuisson ?

.....

Consommez-vous des féculents/céréales ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels ?

.....

Complets ou blancs ?

.....

Mangez-vous des frites/croquettes ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, combien de fois par semaine ?

.....

Mangez-vous des légumes ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels ?

.....

Combien de fois par jour/semaine ?

.....

Quels types ? (frais, surgelés, en conserve, prêts à l'emploi...)

.....

Mangez-vous des fruits ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels ?

.....

Combien de fois par jour/semaine ?

.....

Quels types ? (frais, surgelés, en conserve, prêts à l'emploi...)

.....

Quels types de matières grasses utilisez-vous ?

Pour cuire ? ☐ Rien ☐ Beurre ☐ Huile d'olive

Pour tartiner ? ☐ Rien ☐ Beurre ☐ Margarine

Pour assaisonner ? ☐ Rien ☐ Huile de colza ☐ Huile de tournesol ☐ Huile d'olive ☐ Autres

Quelles sont vos boissons habituelles au cours de la journée ?

.....

A quel moment de la journée buvez-vous ?
Pendant les repas, en dehors et quel(s) type(s) de boisson(s) ?

Eau en bouteille ou du robinet ?

Combien de fois par jour consommez-vous des produits laitiers ?

Consommez-vous des boissons alcoolisées ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, de quel type ? (bière, vin, autres)

Combien de verres par jour ou par semaine ?

De manière occasionnelle ?

Consommez-vous des sucreries ? (bonbons, chocolats, snacks, sucre, chewing-gums, boissons sucrées...)

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles ?

Et à quelle fréquence ?

Ajoutez-vous du sel ou des épices à vos aliments ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles ?

Avez-vous des dégoûts ou des intolérances alimentaires ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles ?

Comment cuisez-vous le plus souvent vos aliments ?

☐ Poêle	☐ Four	☐ Four à micro-ondes	☐ Vapeur	☐ Grill
☐ Basse température	☐ Eau	☐ Wok	☐ Papillote	☐ Friture

MODE DE VIE

Habitat : ☐ ville ☐ campagne

Sport

☐ OUI ☐ NON

Si oui, le(s)quel(s) ?

Combien de fois par semaine ?

Et durant combien de temps ?

Sommeil

Qualité : ☐ bon ☐ mauvais

Durée :

Etat le matin : ☐ reposée ☐ fatiguée

Travail☐ OUI ☐ NONSi oui, temps partiel, temps plein, horaire décalé ?
.....**Fumez-vous ?**☐ OUI ☐ NONSi oui, quoi ?
.....Combien par jour ?
.....**Avez-vous des animaux de compagnie ?**☐ OUI ☐ NONSi oui, le(s)quel(s) ?
.....**Combien de fois par semaine faites-vous vos courses ménagères ?**Et dans quelle(s) enseigne(s) : grande(s) surface(s) ou petit(s) commerce(s) ?
.....**ASPECTS PSYCHOSEXOLOGIQUES ET RELATIONNELS****Vous sentez-vous actuellement sereine ? Stressée ? Anxieuse ? Déprimée ? Nerveuse ? Autre état ?**
.....Etes-vous satisfaite de votre vie de couple, familiale, professionnelle ou sociale ? ☐ OUI ☐ NONSi non, pourquoi ?
.....Avez-vous actuellement des difficultés émotionnelles
ou relationnelles avec votre entourage ?☐ OUI ☐ NONSi oui, quelle(s) difficulté(s) ?
.....**Vie sexuelle**

Etes-vous satisfaite ?

☐ OUI ☐ NONSi non, pour quelle(s) raison(s) ? Ou pourquoi?
.....

Avez-vous des douleurs durant les rapports sexuels ?

☐ OUI ☐ NONSi oui, parfois, souvent ou toujours ?
.....Troubles du désir ?
.....Autres ?
.....**Avez-vous le sentiment de prendre du temps pour vous ?**
.....**Ressentez-vous le besoin d'être aidée et accompagnée dans les difficultés
en lien avec la maladie que vous traversez actuellement ?**☐ OUI ☐ NONSi oui, à quel niveau ?
.....