QUESTIONNAIRE INITIAL NUTRITION

Parcours PREV'ASSIETTE - a completer avant le premier rendez-vous

Pourquoi ce questionnaire ?
Il permet de preparer votre consultation, de reperer les facteurs qui participent a la prise de poids, et de personnaliser l'accompagnement. Il ne pose pas de diagnostic et ne remplace pas l'echange avec l'equipe soignante.

Consignes : remplissez uniquement ce que vous savez. Vous pouvez laisser une question vide si elle vous gene ou si vous ne connaissez pas la reponse. Apportez vos ordonnances, vos derniers bilans sanguins et, si possible, 3 photos de repas habituels.

1. Identite et contexte du rendez-vous

Nom _____

Prenom _____

Date de naissance _____

Date du rendez-vous _____

Telephone _____

Adresse e-mail _____

Medecin traitant _____

Profession / horaires particuliers _____

Motif principal de la demande

_____

_____

_____

_____

Ex. perte de poids, prevention, fatigue, diabete, cholesterolemie, sommeil, douleurs, chirurgie bariatrique, autre.

Qu'attendez-vous en priorite de cette prise en charge ?

[ ] Perte de poids
[ ] Stabilisation du poids
[ ] Glycemie / diabete
[ ] Cholesterol / triglycerides
[ ] Tension arterielle
[ ] Fatigue / energie
[ ] Sommeil
[ ] Digestion
[ ] Douleurs / mobilite
[ ] Estime de soi
[ ] Preparation chirurgie
[ ] Autre : _____

Motivation actuelle pas motive(e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 tres motive(e)

Confiance dans votre capacite a changer une habitude aucune 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maximale

Pourquoi maintenant ?

_____

_____

_____

_____

2. Histoire ponderale

Cette partie aide a distinguer une prise de poids progressive, reactionnelle, hormonale, medicamenteuse, comportementale ou secondaire a une limitation physique. Les valeurs approximatives suffisent.

Donnee	Reponse
Taille	_____ cm
Poids actuel	_____ kg
Poids habituel adulte	_____ kg
Poids minimum adulte	_____ kg - age approximatif : _____
Poids maximum adulte	_____ kg - age approximatif : _____
Variation sur 3 mois	+ / - _____ kg
Variation sur 6 mois	+ / - _____ kg
Variation sur 1 an	+ / - _____ kg
Age ou periode de debut de la prise de poids	_____

Evenements pouvant avoir joue un role

[ ] Grossesse
[ ] Post-partum
[ ] Perimenopause / menopause
[ ] Arret du tabac
[ ] Changement de travail
[ ] Horaires decales
[ ] Teletravail
[ ] Baisse d'activite physique
[ ] Blessure / operation
[ ] Douleurs chroniques
[ ] Deuil / separation
[ ] Stress professionnel
[ ] Burn-out
[ ] Troubles du sommeil
[ ] Traitement medicamenteux
[ ] Confinement / changement de rythme
[ ] Arret du sport
[ ] Autre : _____

Commentaires sur l'evolution du poids

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Ex. periodes de regime, reprises de poids, compulsions, traitements, evenements de vie.

3. Traitements et antecedents

Traitements actuels

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Nom, dose si connue, depuis quand. Apportez votre ordonnance si possible.

Traitements ayant pu influencer le poids, si connus :

[ ] Corticoides
[ ] Antidepresseurs
[ ] Anxiolytiques
[ ] Antipsychotiques
[ ] Thymoregulateurs
[ ] Insuline
[ ] Sulfamides
[ ] Beta-bloquants
[ ] Progestatifs / contraception
[ ] Anti-epileptiques
[ ] Autre : _____
[ ] Je ne sais pas

4. Sante generale

Cochez ce qui vous concerne. Les informations seront reprises avec l'equipe soignante.

[ ] Hypertension arterielle
[ ] Diabete de type 2
[ ] Prediabete
[ ] Cholesterol / triglycerides
[ ] Steatose hepatique
[ ] Apnee du sommeil connue
[ ] Ronflements importants
[ ] Asthme / BPCO
[ ] Maladie cardiaque
[ ] AVC / AIT
[ ] Maladie renale
[ ] Thyroide
[ ] SOPK
[ ] Endometriose
[ ] Reflux / RGO
[ ] Troubles digestifs
[ ] Arthrose / douleurs
[ ] Depression
[ ] Anxiete
[ ] Trouble du comportement alimentaire connu
[ ] Chirurgie bariatrique
[ ] Cancer
[ ] Autre : _____

Antecedents chirurgicaux ou hospitalisations importantes

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Antecedents familiaux importants

_____
_____
_____
_____

Diabete, obesite severe, infarctus/AVC precoce, chirurgie bariatrique, troubles alimentaires, cancers, autre.

Pour les femmes concernees

[ ] Cycle regulier
[ ] Cycles irreguliers
[ ] Grossesse en cours
[ ] Projet de grossesse
[ ] Post-partum < 1 an
[ ] Allaitement
[ ] Perimenopause
[ ] Menopause
[ ] SOPK connu/suspecte
[ ] Contraception hormonale
[ ] Traitement hormonal
[ ] Non concerne(e)

Precision utile

_____
_____
_____
_____

Ex. date d'accouchement, age menopause, symptomes, contraception, traitement.

5. Signaux a signaler rapidement

Cochez si present actuellement ou recemment. Cela ne signifie pas forcement qu'il y a une urgence, mais l'equipe doit le savoir.

[ ] Prise de poids tres rapide ou inexpliquee
[ ] Essoufflement inhabituel
[ ] Oedemes des jambes
[ ] Douleur thoracique
[ ] Somnolence au volant
[ ] Malaises / hypoglycemies
[ ] Vomissements provoques
[ ] Restriction alimentaire severe
[ ] Idees noires
[ ] Diarrhee ou vomissements persistants
[ ] Douleurs abdominales importantes
[ ] Aucun de ces signes

6. Alimentation reelle

Le but n'est pas de juger. Il s'agit de comprendre votre organisation habituelle. Une journee 'typique' suffit, meme imparfaite.

[ ] Petit-dejeuner tous les jours
[ ] Petit-dejeuner saute souvent
[ ] Repas du midi regulier
[ ] Diner regulier
[ ] Repas pris tres vite
[ ] Repas devant ecran
[ ] Repas au restaurant/cantine
[ ] Repas en horaires decales
[ ] Grignotages
[ ] Envies sucrees
[ ] Envies salees
[ ] Repas nocturnes
[ ] Boissons sucrees
[ ] Alcool regulier
[ ] Livraison / fast-food
[ ] Plats industriels
[ ] Cuisine maison frequente
[ ] Batch cooking / repas prepares maison

Journee alimentaire habituelle

Moment	Ce que vous mangez / buvez habituellement	Faim / contexte
Reveil / petit-dejeuner		
Matinee		
Dejeuner		
Apres-midi		
Diner		
Soiree / nuit		

Photos PREV'ASSIETTE : si possible, preparez 3 photos de repas habituels : 1 petit-dejeuner ou collation, 1 dejeuner, 1 diner. Envoyez-les uniquement par le canal indique par le cabinet.

7. Reperes PREV'ASSIETTE sur vos repas

Cochez ce qui ressemble le plus a vos repas habituels. L'equipe calculera ensuite le score PREV'ASSIETTE a partir de vos photos et de l'echange.

Proteines

[ ] Viande / volaille
[ ] Poisson
[ ] Oeufs
[ ] Yaourt / fromage blanc
[ ] Fromage
[ ] Legumineuses
[ ] Tofu / tempeh
[ ] Charcuterie
[ ] Produit pane / nuggets
[ ] Souvent absent
[ ] Je ne sais pas

Vegetaux et fibres

[ ] Legumes a chaque dejeuner
[ ] Legumes a chaque diner
[ ] Crudites
[ ] Soupe
[ ] Legumineuses
[ ] Fruits entiers
[ ] Noix / graines
[ ] Peu de legumes
[ ] L'assiette est surtout feculents/viande
[ ] Troubles digestifs avec fibres
[ ] Je ne sais pas

Glucides

[ ] Pain blanc
[ ] Pain complet/seigle
[ ] Pates/riz blancs
[ ] Pates/riz complets
[ ] Pommes de terre
[ ] Semoule
[ ] Cereales petit-dej sucrees
[ ] Biscuits/gateaux
[ ] Boissons sucrees/jus
[ ] Dessert sucre quotidien
[ ] Portions importantes
[ ] Je ne sais pas

Lipides et transformation

[ ] Huile d'olive
[ ] Huile de colza/noix
[ ] Beurre/creme
[ ] Fromage frequent
[ ] Charcuterie
[ ] Fritures
[ ] Sauces industrielles
[ ] Plats prepares
[ ] Fast-food
[ ] Noix/amandes
[ ] Poisson gras
[ ] Produits 'snacking'

Selon vous, quelle serait la modification la plus simple a tester pendant 14 jours ?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

8. Hydratation, alcool, tabac

Eau par jour

_____

Cafe / the / boissons energisantes

_____

Boissons sucrees / jus

_____

Alcool : type et frequence

_____

Tabac actuel

_____

Arret recent du tabac

_____

9. Comportement alimentaire et prise de poids

Ces questions servent au depistage. Elles ne posent pas de diagnostic. Repondez simplement oui/non ou laissez vide.

Question	Jamais	Parfois	Souvent	Tres souvent
Je mange sans faim physique	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Je mange sous l'effet du stress, de la fatigue ou des emotions	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
J'ai l'impression de perdre le controle sur certains repas ou grignotages	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Je mange en cachette ou avec honte/culpabilite	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Je saute des repas puis je compense plus tard	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Je mange la nuit ou apres un reveil nocturne	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Je fais des restrictions fortes ou des regimes tres stricts	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Commentaires ou situations declenchantes

_____

_____

_____

_____

_____

_____

10. Sommeil, stress, energie

[ ] Sommeil reparateur
[ ] Difficultes d'endormissement
[ ] Reveils nocturnes
[ ] Ronflements
[ ] Pauses respiratoires observees
[ ] Somnolence en journee
[ ] Somnolence au volant
[ ] Travail de nuit
[ ] Stress important
[ ] Fatigue matinale
[ ] Fatigue apres repas
[ ] Anxiete / ruminations

Energie moyenne 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10

Stress moyen 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10

Qualite du sommeil 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10

11. Activite physique, douleurs, environnement

[ ] Marche quotidienne
[ ] Sport regulier
[ ] Sedentarite importante
[ ] Travail assis
[ ] Douleurs articulaires
[ ] Essoufflement a l'effort
[ ] Limitation fonctionnelle
[ ] Kine / APA en cours
[ ] Objectif reprise d'activite
[ ] Peur de se blesser
[ ] Manque de temps
[ ] Manque de soutien

Pas/jour si connu

_____

Temps assis/jour environ

_____

Freins principaux au changement

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Temps, budget, famille, douleurs, fatigue, sommeil, stress, organisation, autre.

12. Synthese patient avant le rendez-vous

A remplir en quelques phrases. Cette page aide l'equipe a aller directement a l'essentiel.

Mes 3 principales difficultes aujourd'hui

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Mes 3 ressources ou points forts

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Ex. je cuisine deja, je marche, je suis motive(e), soutien familial, horaires stables.

Une habitude que je serais pret(e) a tester pendant 14 jours

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Ce que je ne veux pas dans cette prise en charge

_____
_____
_____
_____

Ex. regime strict, pesee frequente, comptage des calories, injonctions, culpabilisation.

Questions a poser a l'equipe

_____
_____
_____
_____
_____
_____

13. Documents a apporter / preparer

[ ] Dernier bilan sanguin
[ ] Compte-rendu cardiologie
[ ] Compte-rendu chirurgie bariatrique
[ ] 3 photos de repas
[ ] Carnet glycemie si diabete
[ ] Ordonnance actuelle
[ ] Compte-rendu sommeil
[ ] Courriers specialistes
[ ] Liste des regimes deja essayes
[ ] Autre : _____

Photos de repas : elles sont utilisees pour analyser la structure des assiettes. Evitez d'envoyer des elements non necessaires. L'envoi se fait uniquement par le canal indique par le cabinet.

[ ] J'accepte que mes photos de repas soient utilisees pour preparer mon accompagnement nutritionnel PREV'ASSIETTE.

Date

_____

Signature si version papier

_____

PARTIE RESERVEE AU CABINET

Cette page peut etre completee par Helene, Christelle ASALEE ou le medecin. Elle sert de synthese rapide avant la consultation medicale.

Mesures et contexte

Donnee	Valeur	Date
Poids	_____ kg	____/____/____
Taille	_____ cm	____/____/____
IMC	_____ kg/m2	____/____/____
Tour de taille	_____ cm	____/____/____
Tension arterielle	_____ / _____ mmHg	____/____/____
Frequence cardiaque	_____ /min	____/____/____

Scores / questionnaires

[ ] PREV'ASSIETTE calcule
[ ] SCOFF-F fait
[ ] STOP-Bang/Berlin fait
[ ] Hamilton si besoin
[ ] TFEQ-R18 demande
[ ] NEQ si repas nocturnes
[ ] PHQ-9
[ ] Bilan biologique prescrit
[ ] BES demandee
[ ] Epworth fait
[ ] GAD-7
[ ] Orientation specialisee discutee

Critere	0	1	2	Score
Proteines	Absentes ou ultra-transformees	Correctes OU quantite insuffisante	Qualite + portion adaptee	__/2
Vegetaux	Aucun vegetal	Bons vegetaux mais insuffisants	>= 1/2 assiette legumes/legumineuses	__/2
Glucides & fibres	Raffines dominants	Qualite mais trop presents	Complets et proportion adaptee	__/2
Lipides & inflammation	Fritures/sauces industrielles	Moyens ou bons mais en exces	Protecteurs, quantite adaptee	__/2
Transformation	Ultra-transforme important	Ultra-transforme minoritaire	Bruts/peu transformes dominants	__/2
TOTAL				__/10

Triage de complexite

[ ] Niveau 1 - prevention / surpoids simple
[ ] Niveau 2 - metabolique ou comportemental
[ ] Niveau 3 - obesite complexe / red flags / recours specialise

Facteurs dominants identifies

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Ex. sommeil, iatrogenie, menopause, compulsions, ultra-transformation, sedentarite, douleurs, precarite.

Action prioritaire PREV'ASSIETTE pour 14 jours

_____

_____

_____

_____

Un seul objectif. Si score 0 : agir sur la qualite. Si score 1 : agir sur la quantite/proportion.

Orientation / suivi prevu

_____

_____

_____

_____

Helene / Christelle ASALEE / medecin / dieteticien(ne) / psychologue / APA-kine / centre obesite Soyaux.

Rappel equipe : l'objectif de la premiere sequence est de comprendre la situation, reperer les risques et choisir une seule action prioritaire, simple et mesurable. Ne pas multiplier les consignes.