

## Questionnaire sur vos habitudes alimentaires et physiques

*Nous vous remercions de remplir le plus « honnêtement » possible ce questionnaire, indispensable à l'élaboration de votre dossier d'admission dans notre établissement.  
Il permettra à l'équipe de préparer avec vous un projet thérapeutique personnalisé.*

Vos Noms et prénoms : .....

Date de naissance : ...../...../.....

### QUESTIONNAIRE ALIMENTAIRE

1/ Rappelez-vous ce que vous avez consommé sur **2 journées complètes** (par 24H), pendant et en dehors des repas.  
Reproduisez les quantités en unités, grammes ou cuillères à soupe.

	Alimentation	Type d'aliments	Quantité	Temps des repas
<b>Jour 1</b>	Petit déjeuner (8h)			
	Collation (10h)			
	Déjeuner (12h)			
	Goûter (16h)			
	Dîner (20h)			
	Grignotage après 21h			
	La nuit			
<b>Jour 2</b>	Petit déjeuner (8h)			
	Collation (10h)			
	Déjeuner (12h)			
	Goûter (16h)			
	Dîner (20h)			
	Grignotage après 21h			
	La nuit			

#### ➤ Que buvez-vous ? Fréquences, quantités ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eau (en litre) : .....            | <input type="checkbox"/> Coca (en verres) : .....          |
| <input type="checkbox"/> Vin (en verres) : .....           | <input type="checkbox"/> Thé, café (en tasses) : .....     |
| <input type="checkbox"/> Bière (en canettes) : .....       | <input type="checkbox"/> Lait (écrémé / ½ écrémé / entier) |
| <input type="checkbox"/> Jus de fruits (en verres) : ..... | en bols ou tasses : .....                                  |

#### ➤ Consommez-vous des apéritifs alcoolisés?

- Oui Si oui, lequel et combien de fois par semaine : .....
- Non

2/ Estimez sur une semaine, la quantité et la fréquence des aliments suivants :

Aliments	Entourer ou spécifier la réponse	Fréquence par jour	Fréquence par semaine
<b>Crudités</b>			
<b>Charcuteries</b>	Jambon / pâtés / rillettes		
<b>Pizzas/quiches</b>			
<b>Viandes</b>	Bœuf / agneau / porc / volailles		
<b>Poissons</b>	Sardine / maquereau / poisson blanc / poisson pané		
<b>Oeufs</b> (Comptez ceux des gâteaux et pâtes)			
<b>Légumes cuits</b>			
<b>Céréales</b>	Riz / ebly / boulgour / couscous / pâtes		
<b>Légumineuses</b>	Lentilles / pois chiches / haricots secs		
<b>Pommes de terre</b>	Purée / chips / à l'eau		
<b>Frites/beignets</b>			
<b>Pain</b> une baguette = 200g			
<b>Fromages</b>			
<b>Laits ou yaourts</b>	Natures ou aux fruits		
<b>Produits industriels</b>	Nuggets / lasagnes / croissants / biscuits salés / cacahuètes		
<b>Produits allégés</b>	Précisez lesquels :		
<b>Fruits</b>	Frais / sirop / compote		
<b>Pâtisseries/glaces/ flans</b>	Biscuits sucrés		
<b>Bonbons/chocolats</b>			
<b>Graisses</b>	Beurre / huiles / crème fraîche / margarine		



Vos Noms et prénoms : ..... Date de naissance : ...../...../.....

## **QUESTIONNAIRE ACTIVITÉ PHYSIQUE**

1/ Évaluez votre niveau actuel d'activité physique ?  
(Faible – modéré – intense) pour chaque type d'activité suivante :

Type d'activité	Niveau (à entourer)	Durée	Fréquence
<b>Activité domestique</b>			
Ménage	Faible / Modéré / Intense		
Commission	Faible / Modéré / Intense		
Bricolage	Faible / Modéré / Intense		
<b>Loisirs et sports</b>			
Précisez :	Faible / Modéré / Intense		
Précisez :	Faible / Modéré / Intense		
<b>Vos déplacements</b>			
A pied	Faible / Modéré / Intense		
A vélo	Faible / Modéré / Intense		

2/ Eventuellement, quels obstacles vous empêchent-ils de faire du sport ?  
(Déplacements ? arthrose ? handicaps ? douleurs ? fatigue ? Merci de préciser...)

.....  
.....

## **ACTIVITE PROFESSIONNELLE**

Avez-vous une activité professionnelle ?

- Oui Si oui, laquelle ? .....
- Non

## **REMARQUES**

1/ Qu'attendez-vous de votre séjour à St Christophe ?

.....  
.....

2/ A l'issue de votre séjour, seriez-vous intéressé par un suivi diététique personnalisé à votre domicile par une équipe pluridisciplinaire ?

.....  
.....

3/ N'hésitez pas à nous faire part de vos éventuels commentaires/remarques :

.....  
.....

**Clinique Saint Christophe - Soins de Suite et de Réadaptation** - Chemin de Saint Hilaire - 13320 Bouc Bel Air  
Tél. : 0826 390 326 - Fax : 04 42 65 29 04 Courriel : placement@cliniquesaintchristophe.com