Analyse Nutritionnelle de Mr/Mdme …….…… du …….

Lieu de consultation :

NOM		**PRENOM**		Date de naissance	
Adresse		Code Postal		Ville	
Téléphone		Gsm			
E-mail			Métier		
Médecin		Recommandé par			

Composition des repas : Indiquez ce que vous mangez habituellement à chaque repas / collation(s)

Déjeuner o Dom o Trav	Sucré - Salé	
Matinée	O Faim O Envie O Habitude/ennui/stress	
Midi o Dom o Trav		
Entre midi et souper	O Faim O Envie O Habitude/ennui/stress	
Souper o Dom o Trav	Nbre de fois par semaine Viandes rouges : ..... Viandes Blanches - Volailles : ..... Poissons :..... Oeufs : ..... Autres : ……	
	Légumes : Vinaigrette :	
	Féculents :	
	Autres / souper :	
	Repas Principal : O Matin O Midi O Souper	
Soirée	O Faim O Envie O Habitude/ennui/stress	
Boissons	Eau : ..... Alcool / Vin : ..... Jus /Sodas : ..... Thé : ..... Café : ..... Autres : ..... Indiquer la quantité par jour ou par semaine	
Divers	Aliments préférés : Sucré Ou Salé	
	Huiles & M.G. : Fruits : Légumes : Lait/produits laitiers :	
	Comment mangez-vous ? O lentement O normalement O rapidement O ……	
	Pourquoi je mange en général ? : 0 par faim 0 par compensation 0 par habitude 0 par plaisir 0	
	Je suis attentif(ve) à ce que je mange > Alimentation BIOLOGIQUE, locale … 0 NON 0 OUI parfois 0 Exclusivement 0	

A. Fatigue et trouble de l'humeur	0	1	2	3	Commentaires
Je me sens fatigué(e)					
J'ai des difficultés à me motiver					
J'ai des problèmes de sommeil					
J'ai des difficultés de concentration					
J'ai des difficultés de mémoire					
Je me sens anxieu(se) / émotive / Stressée					
Je me sens déprimé(e)					
Résultats S.N.C o Mg o Indolamines o Catécholamines					
B. Troubles digestifs					
Brûlures à l'estomac / reflux / Nausées					
J'ai des diarrhées					
Je suis constipé(e)					
Alternances diarrhées - constipation					
J'ai des gaz (odorant – non odorant)					
J'ai des ballonnements après manger					
langue blanche – chargée – Mauvaise haleine					
Allergie(s) – Intolérance(s) – Test IgG :					
Leaky-Gut :					
Candida albicans :					
C. Troubles Ostéo-Articulaires					
Je ressens des douleurs : dos, cou ; Qd ?					
Je souffre des articulations					
Tendinites à répétition					
Muscles (crampes – tensions - raideurs)					
Douleurs intercostales					
Oppression respiratoire					
> Test Mg :					
D. Troubles infectieux					
Angines, rhumes, sinusites, otites…					
Bronchites, infections des poumons					Nbre de cigarettes .....
Infections urinaires					
Infections génitales					
Infections digestives					
Infections cutanées					
E. Troubles cutanés					
J'ai la peau sèche					
Je fais régulièrement de l'eczéma					
Je fais de l'acné					
J'ai souvent de l'herpes					
Je perds mes cheveux, ternes, cassants					
Mes ongles sont cassants ; se dédoublent					
F. Troubles circulatoires					
J'ai les jambes lourdes					
Je fais de la rétention d'eau					
J'ai souvent les extrémités froides					
J'ai des fourmillements aux extrémités					
J'ai des troubles avant les règles / douleur ?					
Echelle : **symptôme** absent: **0** point / modéré: **1** point / gênant: **2** points / très gênant: **3** points					

Médicaments	
Compléments Nutritionnels	
Objectif de votre consultation > Pq vous consultez ?	
Activité Physique	
Composition de ménage	O En couple O Célibataire O Enfant : …….. O Autres : ……..
Antécédents personnels et familiaux	

<u>Ci-dessous : Ne pas compléter ! A compléter par votre Nutrithérapeute</u>

<u>Analyse Biologique</u> :

Fonction : - Rénale - Hépatique - Pancréatique								
Glycémie / Insuline / Index - HOMA								
Thyroïde : TSH-T4-T3								
Ferritine								
Vit D								
Cholestérol HDL / Trigly								
Autre(s) :								
Programme :		**Micronutriments**						

Patient : …… Taille : …….. Age / Année de naissance : ……

Date	Poids	IMC	% MG	% Eau	Kg MM	Gras Visc.	Mensuration			

Suivi Patient :

Dates	Commentaires