

PATIENT

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom _____

Prénom _____

PROFIL PERSONNEL

Age _____ Sexe Féminin Masculin

Taille _____ cm Poids _____ Kg

Groupe sanguin 0 A B ABOrigine ethnique Caucasienne Africaine
 Asiatique _____

STYLE DE VIE

Fumeur Oui Non

Ex-fumeur depuis _____ ans

Nombre de cigarettes, cigares, pipes
fumées par jour? 1-5 6-10 11-20 >20

Activité physique (au moins 30 min)

 Quotidiennement 1x/semaine 2x/semaine 3-6 x/semaine Sport d'endurance (Jogging,
bicyclette, trekking, natation) Sport de force (Musclation...) Sport «corps-esprit» (Pilates, Yoga)

Immobilité prolongée fréquente

(style de vie sédentaire, vols à
longue distance) Oui Non

Stress

 Jamais Parfois Régulièrement

MÉDICATION ACTUELLE

Statines Oui NonAutres médicaments
hypolipémiants Oui NonAntihypertenseurs Oui NonDiurétiques Oui NonAntiagrégants plaquettaire Oui NonAnticoagulants Oui Non Dérivé de la coumarine Héparine _____

MÉDICATION ACTUELLE

Analgésiques Oui Non Jamais Parfois Régulièrement Paracétamol Ibuprofène _____Glucocorticoïdes Oui Non Cortisone _____Antidépresseurs Oui Non

Barbituriques

 Jamais Parfois RégulièrementAntiépileptiques Oui Non Valproate Carboxamide Benzodiazépine _____Traitement hormonal
de substitution Oui Non Estrogènes Gestagènes Testostérone < 5 années > 5 annéesContraception orale Oui Non Discontinue À longue duréeAutres médicaments

Dietary supplements

 Vitam.B B3 B6 B9 B12 Vitam.C Vitam.D Vitam.E Oméga-3 Calcium Magnésium Sélénium Zinc _____

HABITUDES ALIMENTAIRES

Intolérance(s) alimentaire(s) Oui Non Gluten Fructose Lactose _____Allergie alimentaire Oui Non Arachides Poisson Crustacés Oeufs Lait de vache Soja _____Végétarien Oui NonVégétalien Oui NonVin rouge Oui Non 1-2 verres/jour > 2 verres/jourAutres boissons alcoolisées Oui Non 1-2 verres/jour > 2 verres/jourCafé Oui Non 1-3 tasses/jour > 3 tasses/jour

HABITUDES ALIMENTAIRES

Thé (Blanc, noir, vert) Oui Non 1-2 tasses/jour > 2 tasses/jourBoissons énergétiques Oui Non

(Avec de la caféine, guarana, taurine. ex. Red Bull)

Boissons gazeuses Oui Non

(Avec de l'acide phosphorique. ex. limonades)

Apport quotidien
en liquide ≤ 1L 2L ≥ 3LFruits et légumes Oui Non Tomates Légumes à feuilles vertes (Épinards,
cardes, salade, mâche) Crucifères (Brocoli, chou-fleur, chou frisé) Ombellifères. (Carottes, fenouil, céleri)Hydrates de carbone Oui Non

à index glycémique (IG) élevé

(Pain blanc, riz blanc, sucre, sucreries)

Hydrates de carbone Oui Non

à index glycémique (IG) bas

(Légumineuses, produits à blé complet)

Fibres alimentaires Oui Non

(Légumineuses, aliments complets, fruits et légumes)

Produits laitiers Oui Non

(Lait, yaourt, fromage blanc)

Aliments riches en calcium Oui Non

(Produits laitiers, sardines, légumes verts)

Aliments à base de soja Oui Non

(Tofu, tempeh, lait de soja, soja)

Viande rouge Oui Non

(Boeuf, porc, agneau, cheval, canard, gibier)

 1-2x 3-4x +5x Par semaineViande blanche Oui Non

(Poulet, dinde, lapin, veau)

Poisson Oui Non Poisson d'eau froide (saumon, hareng)

Fruits de mer

(Cloquilles, moules, crevettes, homard, crabe)

Acides gras oméga-3 Oui Non

(Saumon, hareng, huile de lin, graines de chia)

Graisses saturées d'origine Oui Non

animale (Beurre, fromage, crème fraîche, lard)

Huiles végétales Oui Non

(Huile d'olive, huile de lin, huile de colza)

Aliments riches en sel Oui Non

(Chips, anchois, salaisons)

Sucre, miel, sucreries Oui Non

Uniquement si consommés en quantités notables

Deep-fried food Oui Non

(Frites, chips, poulet rôti, beignets)

Aliments grillés/fumés Oui Non

(Viande ou poisson grillé, barbecue)

Aliments allégés Oui Non

(Contenu réduit en sucre ou en matières grasses)

Plats préparés/fast food Oui Non

VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS

Tour de taille (mesuré à hauteur du
nombril) _____ cm

Glycémie (à jeun) _____ mg/dl

Insuline (à jeun) _____ mg/dl

HbA1c _____ %

Obésité Oui NonDiabète Oui Non Type 1 Type 2Maladie cardiovasculaire Oui Non Infarctus du myocarde _____Maladie de la thyroïde Oui Non Hypofonction Hyperfonction _____

Cancer

 Foie Vessie Poumon Rein Côlon Leucémie Estomac Sein Peau _____ _____Autres maladies

VOS ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Considérer les parents au premier et au
deuxième degréObésité Oui NonDiabète Oui Non Type 1 Type 2Cancer Oui Non