



Questionnaire d'entrée – Hôpital de jour

Vous vivez (cochez la ou les réponses correspondantes) :

Seul(e)

En couple

Avec vos enfants, combien d'enfants avez-vous :

En famille (parents, frère ou sœur)

Autres :

Quelle est votre activité/profession ?

Allergies (médicamenteuse, alimentaires, autres...): Oui: _____ Non: _____

Si oui à quoi et quelle réaction induite :

Antécédents médicaux	Antécédents chirurgicaux
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Antécédents psychiatriques :

.....
.....

Suivi psychiatre/psychologue :

Oui

Non

Avez-vous déjà subi une intervention ou pris un traitement pour perdre du poids ?

Oui: Quel type?

Non

Souffrez-vous de douleurs ? Localisation et de 0 à 10 (0= aucune douleur ; 10= douleur insupportable)

Traitements (si possible joindre l'ordonnance):

- -
-
-
-
-

Infirmière à domicile :

Oui: à quelle fréquence et pour quels soins :

Non

Tabac :

Oui → nombre de cigarettes par jour :

Non jamais

Non arrêté depuis:

Aide pour la marche:

Qui laquelle (canne, bêquille...):

Non

Aversions alimentaires : des aliments que vous n'aimez pas manger.

Non

Oui Si oui lesquelles :

Votre poids a-t-il varié récemment ? (Prise ou perte importante ces 6 derniers mois)

Non

Oui, de combien et depuis quand :

A quelle fréquence cuisinez-vous ?

- Tous les jours
- fois par semaine
- Jamais

Où prenez-vous vos repas ?

- A la maison
- Restaurant
- Sur votre lieu de travail

Autre:

Prenez-vous un petit-déjeuner ?

- Non
- Oui, que mangez/buvez-vous ? :

Vous arrive-t-il de sauter des repas ?

- Oui, à quelle occasion :
- Non
- Occasionnellement :

Vous arrive-t-il de manger/grignoter entre les repas ?

- Oui
- Non
- Occasionnellement

Avez-vous l'habitude de vous resservir à table ?

- Oui
- Non
- Occasionnellement

A quelle fréquence consommez-vous des légumes (cuits et/ou crus) ?

- A chaque repas
- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaine
- Très occasionnellement

A quelle fréquence consommez-vous des fruits ?

- A chaque repas
- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaine
- Très occasionnellement

Combien de laitage consommez-vous en moyenne par jour (verre de lait, fromage, yaourts...) ?/jour
Lesquels ?

Quelle quantité de pain consommez-vous par jour, en prenant la baguette comme référence : baguette
Et Quel type de pain :

Blanc

Autre :

Votre consommation de plats préparés ou snacks (boulangerie , barquettes, etc...)

Jamais

1-2 fois par semaine

3-5 fois par semaine

Plus de 5 fois par semaine

Quelle quantité d'eau consommez-vous par jour ?

-1L

1L

1.5L

+1.5L

Consommez-vous des boissons sucrées (sodas, jus de fruits, sirops ...) ?

Jamais

Occasionnellement

Plusieurs fois par semaine

Tous les jours

Combien de verre d'alcool consommez-vous par jour/semaine en moyenne : verres par jour/semaine

Avez-vous éliminé certains produits de votre alimentation ?

Oui

Si oui lesquelles:

Non

Pour quelle(s) raison(s).....

Trajectoire pondérale : A quand remonte votre excès de poids ?

A l'enfance

A l'adolescence

A l'âge adulte – si oui quelles décennies environ ? :

Y a-t-il eu un évènement lié :

Trajectoire pondérale : Avez-vous fait plusieurs cycles d'effet Yo-yo au cours de votre vie ? (Perte rapide de poids suivie de reprise du poids de départ

Oui :

Non

Avez-vous déjà été accompagné par une diététicienne ?

Oui : ...

Non

Si vous avez déjà entrepris des démarches de perte de poids précédemment, quelles ont été les difficultés rencontrées pour maintenir cette perte de poids ?

Quelles sont les raisons qui vous motivent à ce jour à perdre du poids ?

Avez-vous déjà fait un test à l'effort ? Récemment ?

Oui date :

Non

Etes-vous essoufflé quand vous montez deux étages ? ([Critère médical d'essoufflement invalidant selon l'échelle NYAH](#))

Oui

Non

Pratiquez-vous une activité physique ou sportive régulière ?

Oui Si oui laquelle et à quelle fréquence:

Non

Questionnaire d'auto-évaluation du niveau d'activité physique:

A) Activités quotidiennes :

Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?	Légère	Modérée	Moyenne	Intense	Très intense
Hors travail, combien d'heures consacrez-vous aux travaux légers: bricolages, ménage...	-2H	3 à 4H	5 à 6H	7 à 9H	10H et +
Combien de minutes consacrez-vous à la marche ?	- 15'	16 à 30'	31 à 45'	46 à 60'	61' et +
Combien d'étages en moyenne montez-vous chaque jour ?	- 2	3 à 5	6 à 10	11 à 15	16 et +

B) Activités sportives et récréatives :

Pratiquez-vous régulièrement une ou plusieurs activités physiques ou récréatives ?	Non				Oui
A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2 /mois	1 /sem	2 /sem	3 /sem	4 et + /sem
Combien de minutes consacrez-vous, en moyenne, à chaque séance d'activité physique ?	- 15'	16 à 30'	31 à 45'	46 à 60'	61' et +
Habituellement comment percevez-vous votre effort ? ⇒ Noter le chiffre correspondant à votre ressenti durant l'effort	 <p>La perception de l'effort</p> <p>version modifiée</p> <p>01 AUCUN EFFORT Je suis en pleine détente</p> <p>02 EXTRÈMEMENT FACILE Je peux maintenir ce rythme très longtemps</p> <p>03 TRÈS FACILE Je suis dans ma zone de confort et tout va bien</p> <p>04 FACILE Je commence à être légèrement essoufflé</p> <p>05 MODÉRÉ Légèrement fatigant, je respire plus rapidement</p> <p>06 MOYENNEMENT DIFFICILE Je peux parler mais en prenant des pauses</p> <p>07 DIFFICILE Je suis essoufflé</p> <p>08 TRÈS DIFFICILE Je sors de ma zone de confort</p> <p>09 EXTRÈMEMENT DIFFICILE Je peux tenir ce rythme sur une très courte période</p> <p>10 EFFORT MAXIMAL Je ne peux pas parler</p>				

Quelles sont attentes/vos objectifs pour ce programme ?