



VALICELLI
Clinique diabète & nutrition

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(sipossiblejoindre 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:

Oui laquelle (canne, béquille...) :

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

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 suivi 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

Pratiquer 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 +
<p>Habituellement comment percevez-vous votre effort ?</p> <p>⇒ Noter le chiffre correspondant à votre ressenti durant l'effort</p>	<p>ÉCHELLE DE BORG version modifiée</p> <p>La perception de l'effort</p> <ul style="list-style-type: none"> 01 AUCUN EFFORT Je suis en pleine détente 02 EXTRÊMEMENT FACILE Je peux maintenir ce rythme très longtemps 03 TRÈS FACILE Je suis dans ma zone de confort et tout va bien 04 FACILE Je commence à être légèrement essouffé 05 MODÉRÉ Légèrement fatigant, je respire plus rapidement 06 MOYENNEMENT DIFFICILE Je peux parler mais en prenant des pauses 07 DIFFICILE Je suis essouffé 08 TRÈS DIFFICILE Je sors de ma zone de confort 09 EXTRÊMEMENT DIFFICILE Je peux tenir ce rythme sur une très courte période 10 EFFORT MAXIMAL Je ne peux pas parler 				

Quelles sont attentes/vos objectifs pour ce programme ?