



VOS INFORMATIONS

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>		
Situation familiale	<input type="text"/>	Nbre d'enfant	<input type="text"/>
Age des enfants	<input type="text"/>		
Médecin traitant	<input type="text"/>		
Traitement médicamenteux en cours	<input type="text"/>		
Bilan sanguin effectué (diabète, cholestérol, thyroïde)	<input type="text"/>		
Date du (des) bilan(s)	<input type="text"/>		
Résultats du (des) bilan(s)	<input type="text"/>		

questionnaire perte de poids

Date et circonstances de la prise de poids

Poids actuel Poids souhaité

Avez-vous déjà essayé de perdre du poids ?

Si oui quelle est la dernière méthode utilisée ?

Quels ont été les résultats ?

Pourquoi souhaitez vous perdre du poids ?

Avez-vous un appétit excessif durant les repas ?

Avez-vous des fringales entre les repas ?

Avez-vous des compulsions alimentaires (grignotages) ?

Quelles heures ?

Êtes-vous attirés par les aliments sucrés, salés ou gras ?

Lesquels ?

Est ce que vous fumez? Combien ?

Pratiquez-vous un sport ? Sur quel horaire ?

Combien de fois par semaine ? Combien d'eau buvez vous par jour ?

Êtes vous anxieux ? Avez vous des troubles de sommeil ?

Avez vous des troubles de transit ? Faites vous de la rétention d'eau ?

Avez vous des bouffées de chaleurs ?

PRÉCAUTION D'UTILISATION :

Avez vous une maladie grave ? Avez vous des troubles épileptiques ?

Êtes vous enceinte ?

Comment avez vous connu le cabinet ?