



# Bonjour,

Votre consultation diététique arrive à grands pas et je suis ravie de prendre part très prochainement à votre projet ! En attendant notre rencontre, je vous propose de répondre à un questionnaire afin que je puisse mieux vous connaître et mieux vous accompagner. Celui-ci est très important car il nous servira de support tout au long de votre suivi diététique pour visualiser votre progression. C'est un peu comme une photo de vous et de votre relation avec votre corps et votre assiette à cet instant présent.



Pour bien compléter ce questionnaire, je vous propose de prendre un temps calme avec une bonne tasse de thé ou un café. Quelques minutes suffisent pour le remplir.

**Attention, ce questionnaire devra être complété avant votre consultation et m'être transmis par mail et/ou rapporté lors de votre bilan.**

Au plaisir de vous rencontrer,

A très bientôt,

**Sophie Paulin**

Diététicienne Nutritionniste

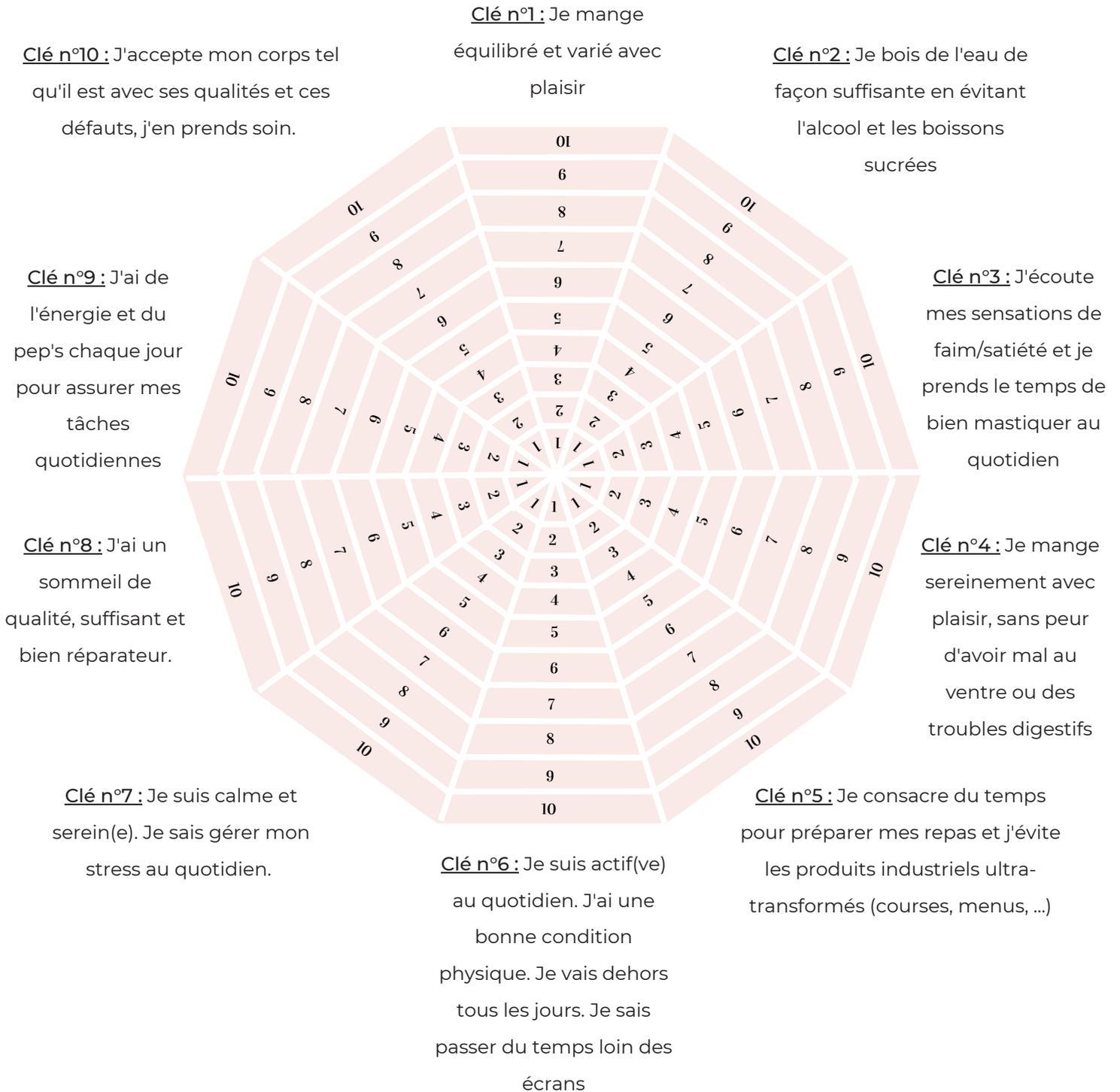
# Les clés du changement

## Exercice : Autoévaluation

Pour chaque partie de l'éolienne évaluez-vous sur une échelle de 0 à 10.

1 : ce n'est pas du tout le cas

10 : c'est parfaitement le cas



# Score de Francis

Uniquement en cas de syndrome de l'intestin irritable ou colopathie fonctionnelle :

1.a) Souffrez-vous actuellement de douleurs abdominales (douleurs au ventre) ?

OUI  NON

b) Si oui, quelles est l'intensité de ces douleurs abdominales (douleurs au ventre) ?



c) Veuillez indiquer le nombre de jours au cours desquels vous souffrez sur une période de 10 jours. Ex : si votre réponse est 4, cela signifie que vous souffrez 4 jours sur 10.

Si vous souffrez tous les jours, inscrivez le chiffre 10.

Nombre de jours au cours desquels vous souffrez : ..... x 10.

Partie réservée au praticien

Score

2.a) Souffrez-vous actuellement de distension abdominale (ballonnement, ventre gonflé, tendu) ?

\*si vous êtes une femme, ne tenez pas compte des problèmes de distension liés aux règles.

OUI  NON

b) Si oui, quelle est l'importance de ces problèmes de distension abdominale ?



3. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de la fréquence habituelle de vos selles ?



4. Dans quelle mesure votre syndrome de colon irritable affecte ou perturbe votre vie en général ?



SCORE DE SÉVÉRITÉ DU SYNDROME DE L'INTESTIN IRRITABLE

# Enquête alimentaire\*

Avant votre consultation, je vous invite à compléter l'enquête ci-après sur 3 jours

\*Vous pouvez également réaliser cette enquête alimentaire sur l'application Alivio

	Evaluation des sensations	Repas consommé			Evaluation des sensations		Hydratation
		Aliments ou préparations consommés (être le plus précis possible sur la dénomination du produit)	Quantité (càc, càs, grammages, 1/4 d'assiette, 1 portion, 2 tranches de pain...)	Mode de préparation et/ou cuisson et/ou assaisonnement	De rassasiement (après le repas) de 1 à 10	Perçues entre les repas (Inconfort digestif, nausée, gêne, ballonnements...)	
Repas <b>JOUR 1</b>	De faim (avant le repas) de 1 à 10						Eau, thé, tisanes, café, autre (Nombre de verres ou en ml)
Petit-déjeuner Heure : .....							
Collation Heure : .....							
Déjeuner Heure : .....							
Collation Heure : .....							
Diner Heure : .....							
Collation Heure : .....							

# Enquête alimentaire\*

*Avant votre consultation, je vous invite à compléter l'enquête ci-après*

\*Vous pouvez également réaliser cette enquête alimentaire sur l'application Alivio

	Evaluation des sensations	Repas consommé			Evaluation des sensations		Hydratation
		Aliments ou préparations consommés (être le plus précis possible sur la dénomination du produit)	Quantité (càc, càs, grammages, 1/4 d'assiette, 1 portion, 2 tranches de pain...)	Mode de préparation et/ou cuisson et/ou assaisonnement	De rassasiement (après le repas) de 1 à 10	Perçues entre les repas (Inconfort digestif, nausée, gêne, ballonnements...)	
Repas <b>JOUR 2</b>	De faim (avant le repas) de 1 à 10						Eau, thé, tisanes, café, autre (Nombre de verres ou en ml)
Petit-déjeuner Heure : .....							
Collation Heure : .....							
Déjeuner Heure : .....							
Collation Heure : .....							
Diner Heure : .....							
Collation Heure : .....							

# Enquête alimentaire\*

*Avant votre consultation, je vous invite à compléter l'enquête ci-après*

\*Vous pouvez également réaliser cette enquête alimentaire sur l'application Alivio

	Evaluation des sensations	Repas consommé			Evaluation des sensations		Hydratation
		Aliments ou préparations consommés (être le plus précis possible sur la dénomination du produit)	Quantité (càc, càs, grammages, 1/4 d'assiette, 1 portion, 2 tranches de pain...)	Mode de préparation et/ou cuisson et/ou assaisonnement	De rassasiement (après le repas) de 1 à 10	Perçues entre les repas (Inconfort digestif, nausée, gêne, ballonnements...)	
Repas <b>JOUR 3</b>	De faim (avant le repas) de 1 à 10						Eau, thé, tisanes, café, autre (Nombre de verres ou en ml)
Petit-déjeuner Heure : .....							
Collation Heure : .....							
Déjeuner Heure : .....							
Collation Heure : .....							
Diner Heure : .....							
Collation Heure : .....							

# Gout et aversions

*Avant votre consultation, je vous invite à compléter l'enquête ci-après*

Groupe	J'aime	Je n'aime pas	Je ressens un inconfort digestif ou je déclenche une réaction allergique	J'ai peur d'en consommer
Produits laitiers				
Viandes, poissons, oeufs				
Légumineuses				
Féculents				
Légumes				
Fruits				
Fruits oléagineux				
Boissons				
Matières grasses				
Produits sucrés				
Condiments				
Autres				