



Merci de lire attentivement cette notice d'information

Lieux de rendez-vous :

- Cabinet paramédical – 480 Rue Aubanel – Résidence Imagine 2, Bâtiment A2 – 13580 LA FARE LES OLIVIERS.
- Centre médical La Cerisaie – 465 chemin des Cabans, 13300 SALON DE PROVENCE

Différents créneaux selon le choix du cabinet :

Horaires	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
9h-12h	Visio	La Fare + Visio	La Fare	Visio	Salon
14h-19h	Salon				

- Depuis votre ordinateur ou votre smartphone, avec webcam, via **Skype** ou **WhatsApp** !

Avant chaque rendez-vous :

- **Merci de contacter la diététicienne 48h avant chaque rendez-vous, par SMS ou appel téléphonique pour MAINTENIR ou ANNULER le rendez-vous fixé ! (du lundi au vendredi, entre 9h et 19h)**

*Sauf Skype/WhatsApp, le paiement par Paypal pour réservation du rendez-vous vaut confirmation.
En cas de report ou d'annulation du rendez-vous, le délai de 48h est en revanche à appliquer.*

Jours de rendez-vous	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Jours de confirmation	Jeudi	Vendredi	Lundi	Mardi	Mercredi

Exemple : si le rendez-vous est le lundi à 15h, il doit être confirmé/annulé le jeudi précédent avant 15h

En cas d'absence à un rendez-vous, sans avoir prévenu dans le délai imparti, **la consultation restera due** et une facture vous sera adressée pour obtenir son règlement.

- **Pour la 1^{ère} consultation :**

- Compléter le dossier ci-joint avec soin, rédigé lisiblement (*en lettres d'imprimerie*).
- Joindre au dossier les résultats d'un bilan sanguin, si vous en avez fait un dans les 12 mois précédents.

Tarif et modes de règlement :

	Durée	Tarif
1 ^{ère} consultation	1h15 pour 1 personne	50€
	2h30 pour 2 personnes	100€
Consultations suivantes	30 min pour 1 personne	35€
	45 min pour 2 personnes	60€

- **Règlement en début de consultation, par chèque, ou en espèces** (*prévoir l'appoint, le rendu de monnaie n'étant pas toujours possible*). Je ne prends donc pas la carte bleue.

ADELI 13 95 0424 5 – SIRET 538 916 966 00053 – APE 8690F

<http://www.dieteticienne-salon-lafare.fr>

Page blanche pour recto/verso

DOSSIER MEDICAL ET DIETETIQUE

Merci de remplir ce document soigneusement en écrivant en lettres d'imprimerie.


Données administratives :

 Nom et prénom →

Sexe : Féminin Masculin Date de naissance : _____ Age : _____


Adresse complète : _____

Téléphones : _____ Mail : _____

 Situation familiale :
 Marié/vie en couple En couple sans cohabitation Célibataire Divorcé Veuf(ve)
Nombre d'enfants : _____ dont à charge : _____ Age des enfants : _____

Activités diverses :

 Profession : _____ Horaires de travail : _____

 Profession du conjoint : _____

 Centres d'intérêt / Divertissements : _____

 Répartir les 24h d'une journée dans le tableau suivant :

Exemple : 0,5 pour 30 minutes, 3,5 pour 3h30, etc...

Nombre d'heures	Activités
	Sommeil et sieste, repos en position allongée
	En position assise : repos, TV, ordinateur, jeux vidéo, jeux de sociétés, lecture, écriture, travail de bureau, couture, transports, repas
	En position debout : toilette, petits déplacements dans la maison, cuisine, travaux ménagers, achats, travail de laboratoire, vente, conduite d'engins
	Femmes : marche, jardinage ou équivalent, gymnastique, yoga Hommes : activités professionnelles manuelles, debout, d'intensité moyenne (industrie chimique, industrie des machines-outils, menuiserie, ...)
	Hommes : marche, jardinage, activités professionnelles d'intensité élevée (maçonnerie, plâtrerie, réparation auto...)
	Sport intense , activités professionnelles intenses (terrassement, travaux forestiers...)

Le total doit être égal à 24.

Sommeil :

	Heure de coucher	Heure de lever	Nombre d'heures
Jours travaillés			
Jours de repos			

Qualité du sommeil : _____

Données cliniques :

 Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Cocher cette case si le patient refuse la rédaction d'un courrier à son médecin

 Nom du médecin spécialiste (et de sa spécialité) :

Adresse :

Téléphone :

Cocher cette case si le patient refuse la rédaction d'un courrier à son médecin

 Troubles de santé et maladies : Merci de préciser l'année d'apparition si possible.

Troubles actuels	Antécédents
<i>Exemples : maux de tête, constipation, hypertension, diabète, sciatique, douleurs aux genoux, etc...</i>	<i>Exemples : chirurgie appendicite, infections urinaires, calculs rénaux, diabète gestationnel, etc...</i>

 Consommation de tabac ou drogue (quantité par jour ou par semaine) :

 Si vous êtes une femme :

Cycles menstruels :

Réguliers, Irréguliers, Absence de règles : depuis ?

Etes-vous : Ménopausée Péri-ménopausée Allaitement en cours


Enceinte - date d'accouchement prévue : En attente du retour de couche

Contraception :

Aucun Pilule Stérilet/DIU hormonal Stérilet/DIU cuivre
 Implant Anneau vaginal Méthode du retrait Préservatif Autre

 Autres informations médicales utiles :

Données nutritionnelles :

 Allergies alimentaires ?


 Intolérances alimentaires ?

✿ Composition habituelle des prises alimentaires : *Partie très importante pour établir mon diagnostic nutritionnel !*
Dans le tableau suivant, indiquez tout ce que vous avez pu consommer sur **7 jours complets**.


	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7
Petit-Déjeuner							
Matinée							
Déjeuner							
Après-midi							
Diner							
Soirée							




Habitudes alimentaires :

 Apports hydriques : (1 semaine = 7 jours)

Boissons	Préciser la quantité et la fréquence de consommation :		
	Soit par jour	Soit par semaine	Soit par mois
<i>Exemples</i>	<i>Eau : 1l/j</i>	<i>Soda : 1 canette 3x/sem</i>	<i>Vin : 5 verres 2x/mois</i>
Eau			
Café			
Thé			
Tisane			
Jus de fruits			
Sirop			
Autres boissons sucrées			
Boissons lights			
Apéritif			
Vin, Bière			
Cocktails alcool/soda			

 Préparer les repas, est-ce pour vous :

Corvée Plaisir Autre :

 Quels sont les contextes de vos prises alimentaires ?

Vous pouvez distinguer jours travaillés (T) et jours de repos (R).

Prises alimentaires	Heure	Durée	Lieu	Assis ou debout ?	Devant la TV, seul, accompagné, ... ?
Petit-Déjeuner					
Déjeuner					
Diner					
Collation/goûter					
Grignotages					

 Observations

✿ Sensations ressenties :

Prises alimentaires	Juste avant le repas		A la fin du repas		
	Faim avant manger	Pas faim mais envie de manger	Encore faim	Normalement rassasié	Trop mangé, lourdeur
Petit-Déjeuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déjeuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collation/goûter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grignotages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

✿ Observations

✿ Nombre de repas de groupe, en comité de famille ou entre amis par mois (*en moyenne*) :

✿ Nombre de fast-food par mois (*en moyenne*) :

✿ Eléments considérés comme positifs dans votre alimentation actuelle :

✿ Eléments considérés comme négatifs dans votre alimentation actuelle :

✿ Motivations :

✿ Comment vivez-vous votre poids actuel ?

✿ Objectifs de la prise en charge diététique :

✿ Activités physiques envisagées :

✿ Informations complémentaires :