



**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<sup>ère</sup> 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
<b>1<sup>ère</sup> consultation</b>	1h15 pour 1 personne	50€
	2h30 pour 2 personnes	100€
<b>Consultations suivantes</b>	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 de l'enfant →

Sexe :  Masculin


Date de naissance :

Age :

Adresse complète :

Téléphones :

Mail :

 Situation familiale des parents :


Marié/vie en couple  En couple sans cohabitation  Célibataire  Divorcé  Veuf(ve)

Nombre de frères/soeurs :


dont à charge :


Age des enfants :

## Activités diverses :

 Profession de la mère :

 Profession du père :

 En quelle classe est l'enfant ?

 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 <b>position allongée</b>
	<b>Position assise</b> : repos, TV, ordinateur, jeux vidéo, jeux de sociétés, lecture, écriture, classe, devoirs, transports, repas
	<b>Position debout</b> : toilette, petits déplacements dans la maison, marche lente, achats, cuisine, tâches ménagères
	<b>Activités modérées</b> : récréation, jeux peu actifs
	<b>Marche</b> soutenue ou rapide, jeux <b>actifs</b> en groupe, gymnastique, ...
	<b>Epreuve physique et sportive</b> , entraînement sportif, cyclisme
	<b>Compétition sportive</b> (football, handball, basket-ball, ...)

Le total doit être égal à 24.

## Sommeil :

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

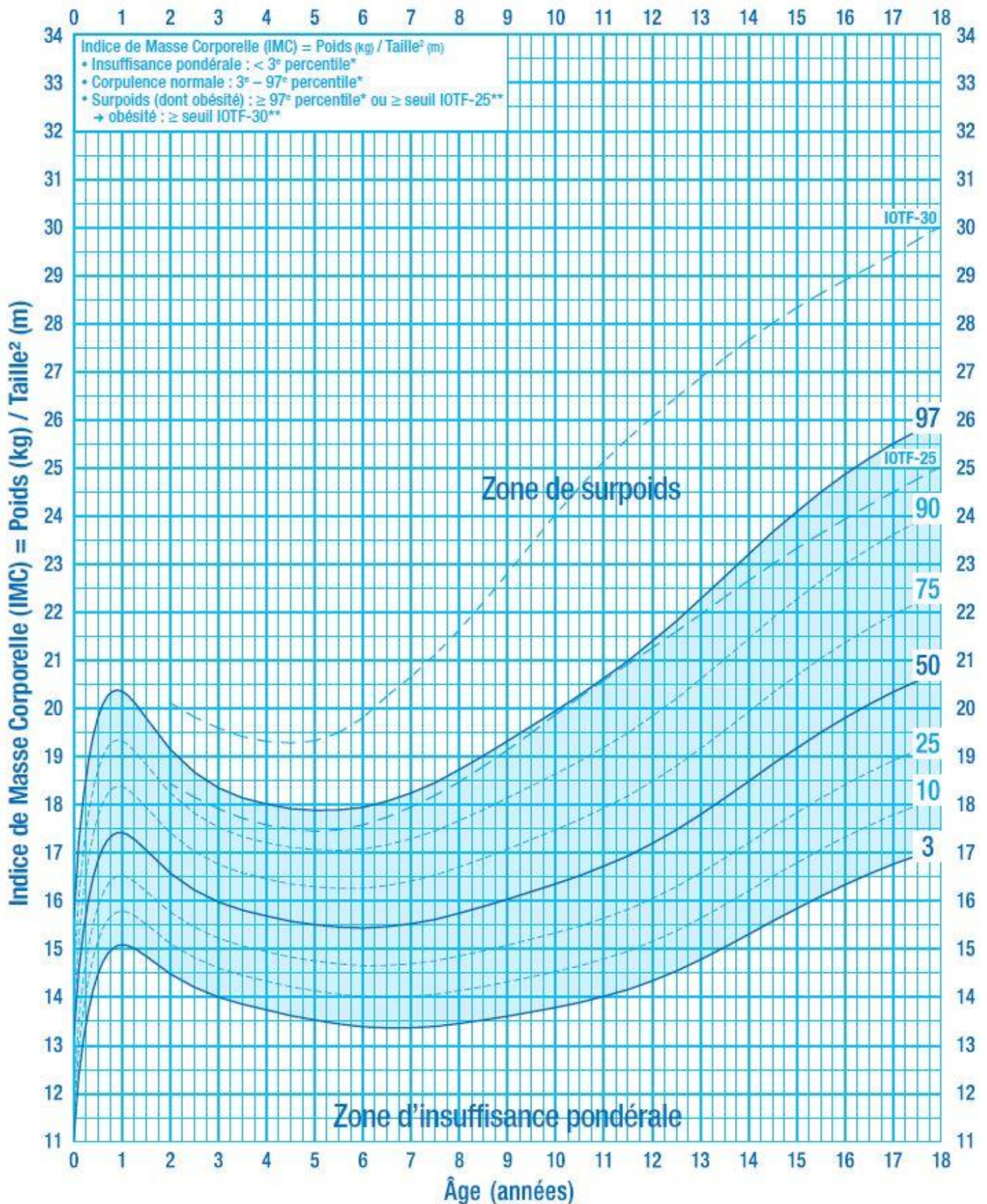
Qualité du sommeil :

 **Courbe de corpulence** : se référer au Carnet de Santé

**Merci de calculer l'IMC de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à son âge actuel.**

Exemple : l'enfant âgé de 5 ans mesure 1,05 m et pèse 19 kg. L'IMC =  $19/1,05^2 = 17,2$

-> mettre une croix à l'intersection de la ligne 17 et de la colonne 5. Procédez de même pour tous les âges vécus.



## Données cliniques :

 Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Cocher cette case si le patient ou ses parents refuse(nt) la rédaction d'un courrier à son médecin

 Nom du médecin spécialiste (et de sa spécialité) :

Adresse :

Téléphone :

Cocher cette case si le patient ou ses parents refuse(nt) 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) :


 Autres informations médicales utiles :

## Données nutritionnelles :

 Allergies alimentaires ?

 Intolérances alimentaires ?

## Habitudes alimentaires :

 Préparer les repas, est-ce pour les parents :

Corvée     Plaisir     Autre :

✿ 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							



✿ Apports hydriques : (1 semaine = 7 jours)

Boissons	Préciser la quantité et la fréquence de consommation :		
	<i>Soit par jour</i>	<i>Soit par semaine</i>	<i>Soit par mois</i>
<i>Exemples</i>	<i>Eau : 1l/j</i>	<i>Soda : 1 canette 3x/sem</i>	<i>Cidre : 5 verres 2x/mois</i>
Eau			
Tisane			
Jus de fruits			
Sirop			
Autres boissons sucrées			
Boissons lights			
Autre :			

✿ Quels sont les contextes des prises alimentaires ?

*Vous pouvez distinguer jours d'école (E) 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*) :

✿ Éléments considérés comme positifs dans son alimentation actuelle :

✿ Éléments considérés comme négatifs dans son alimentation actuelle :

### Motivations :

✿ Comment l'enfant vit son poids actuel ?

✿ Objectifs de la prise en charge diététique :

✿ Activités physiques envisagées :

### Informations complémentaires :