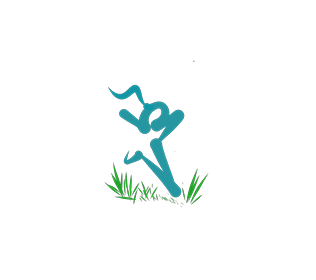
## QUESTIONNAIRE ALIMENTAIRE PATIENTS



Veillez à remplir ce questionnaire avec le plus de précision possible en répondant à toutes les questions et renvoyez le par mail à drkieser@orange.fr avant votre rendez-vous.

1. **Combien de fois/semaine mangez-vous des aliments industriels ou transformés**

* Jus de fruit du commerce :
* Pâte à tartiner (Nutella ou autre) :
* Pizza, quiche etc. :
* Biscuits ou gâteaux :
* Céréales de petit déjeuner :
* Plats préparés :
* Aliments sous vide ou emballage plastique :
* Conserves :

1. **Combien de fois /semaine mangez-vous des aliments sucrés (cela ne concerne pas les fruits)**

* Sucre
* Miel :
* Sirop d’érable ou d’agave
* Autres sirops :
* Confiture :
* Crème dessert :
* Glaces et sorbets :
* Gâteaux et biscuits :
* Bonbons :

**Si gâteaux et biscuits, sont ils maison ou industriels?**

**A quel moment de la journée consommez vous les aliments sucrés?**

**Combien de fois/semaine mangez-vous ? (Compter tous les repas)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Viande/précisez | Charcuterie | Poisson/précisez | Fruits de mer | Oeufs |
|  |  |  |  |  |  |
| Petit déjeuner |  |  |  |  |  |
| Déjeuner |  |  |  |  |  |
| Diner |  |  |  |  |  |

1. **Combien de fois mangez-vous ?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Lait | Yaourt | Fromage blanc | Fromage | Crèmes |
| Type | * vache * chèvre * Brebis * soja * autres |  |  |  |  |  |
| A quel moment de la journée: | |  |  |  |  |  |

1. **Combien de fois/ semaine mangez-vous ? (compter chaque repas sans oublier les collations)**

* Du pain blanc :
* Du pain complet  (précisez le type de farine, petit épeautre, kamut, seigle, autre..):
* Des biscottes :
* Des galettes :
* Des crêpes :
* Des pâtes industrielles :
* Autre types de pâtes (sarrazin, petit épeautre, farine de riz, lentilles):
* Du riz blanc (précisez le type de riz, basmati, riz rond, riz thai, risotto...):
* Du riz complet :
* Du quinoa :
* Du millet :
* Du maïs :
* Du sarrasin :

1. **Combien de fois/semaine mangez-vous des tubercules (racines)**

* Pommes de terre (précisez la cuisson vapeur, bouillies, étouffée):
* Purée (maison mixer robot ou écrasée, industrielle):
* Frites :
* Patate douce :
* Manioc :
* Igname (kambar) :
* Songe :
* Conflor :
* Fruit à pain :

1. **Combien de fois/semaine mangez-vous des légumineuses (grains secs)**

* Lentilles :
* pois chiches:
* Haricots secs (blancs, rouges):
* Petits pois :

1. **Sur 14 repas, combien de fois mangez-vous des légumes ? /14**

* Crucifères (chou fleur, broccoli)
* Légumes verts (blettes, cresson, roquette, chou kale...)
* Choux (chou blanc, chou rave, rouge)
* Carottes
* celeri
* betterave
* avocats
* champignons
* courges, citrouilles
* autres:
* **Fréquence de consommation de légumes crus?**
* **Combien de fois/ semaine mangez-vous des brèdes ?**

1. **Quels fruits mangez vous? Combien par jour?**
2. **Consommez vous des oléagineux? Combien de fois/jour? Lesquels?**

* noisettes, amandes, noix de cajou, noix du brésil...

**10. Consommez vous des graines?**

Graines de tournesol, courge, sésame, chanvre, lin moulues...

**Autres assaisonnements:**

* levure de bière, algues, germe de blé...

**11. Epices:**

* ail, oignon, gingembre:
* Du curcuma :
* Du gingembre :
* Des aromates (basilic, menthe, thym etc) : précisez lesquels :
* Du piment :
* Du poivre :

**12. Utilisez-vous des sauces?** (mayonnaise, ketchup, Du Nuoc Mam , maggy, sauce soja)

**13. Quelles huiles utilisez-vous à la maison ?**

* Olive, tournesol, lin, colza, coco, autres?
* Consommez vous du beurre? quantité? cru? cuit?

**14. Boissons**

* Quelle quantité d’eau buvez-vous/j ? quelle eau ?
* Buvez-vous du café ? combien/j
* Buvez-vous du thé ? lequel? combien/j
* Buvez-vous du vin ? rouge/blanc? combien de verres/j
* Buvez-vous des apéritifs ? combien/semaine
* Buvez-vous d’autres alcools forts ? combien /semaine
* Buvez-vous des tisanes ? combien/j
* Buvez-vous des boissons sucrées (soda etc…) ? Si oui combien/j :
* Buvez vous des jus de fruits? lesquels?

**15. Autres**

* Mangez-vous du chocolat noir ? du chocolat au lait ? du chocolat blanc ?
* Avez-vous l’habitude de manger salé ? des apéritifs salés ?
* Ressalez-vous votre assiette ?
* Grignotez-vous entre les repas ? si oui, a quelle heure ? et quoi?
* Sautez-vous des repas ? si oui, lesquels?
* Faites-vous des collations ? si oui à quelle heure ?
* Que mangez-vous pour vos collations ?
* Combien de temps passez-vous à table ?
* Votre estomac vous semble t’il léger après les repas principaux ?
* Quelle cuisson utilisez-vous pour cuisiner ?

Marmite fritures poêle vapeur basse température

**16. Vos repas**

* Décrivez votre petit déjeuner habituel :
* Décrivez votre déjeuner habituel :
* Décrivez votre dîner habituel :

**17. Compatibilités alimentaires et digestibilité**

Avez vous l'habitude de consommer:

* Féculent +Protéines (poisson, viande+ riz ou steak frites, purée saucisse)
* 2 sources de protéines au même repas (oeuf + poisson/ jambon + viande/ viande + riz + lentilles)
* Laitages + Protéines (crème + viande/ oeuf +crème...)
* Féculents (riz, pates, pommes de terre) + yaourt
* A quel moment de la journée consommez vous les fruits?