

Questionnaire de situation santé & nutrition

Confidentialité : Les informations recueillies sont strictement confidentielles et utilisées uniquement dans le cadre de ton accompagnement nutritionnel.

1. Création de profil & informations générales (obligatoire)

- **Prénom & Nom** :
 - **Sexe** : Femme Homme
 - **Pays** :
 - **Adresse e-mail** :
 - **Téléphone** :
 - **Date du jour** :
 - **Âge** :
-

2. Données corporelles & évolution pondérale

- **Taille (cm)** :
- **Poids actuel (kg)** :
- **Poids le plus bas atteint ces dernières années (kg)** :
- **Poids le plus haut atteint ces dernières années (kg)** :

Mesures corporelles (en cm)

- **Tour de taille (obligatoire)** :
 - Bras :
 - Cuisse :

 - Mollet :

 - **Taille du bonnet de soutien-gorge AVANT la prise pondérale** :
-

3. Situation hormonale & santé féminine

- Enceinte
- Sous pilule contraceptive
- Préménopausée
- Ménopausée

- **Si ménopause : âge de l'arrêt des menstruations** :
 - **Cycle actuel (si applicable)** : régulier / irrégulier / absent
 - **Symptômes hormonaux notables** (SPM, douleurs, bouffées de chaleur, fatigue, variations d'humeur...) :
-

4. Objectifs & intentions

Quel est ton **objectif prioritaire** ?

- Perte de poids
- Perte de masse grasse
- Recomposition corporelle
- Maintien
- Performance sportive
- Santé / énergie / bien-être

• **As-tu un objectif chiffré ?** (poids, mensurations, date, évènement) :

5. Alimentation actuelle

• **Comment décrirais-tu ton alimentation actuelle ?** Très riche en glucides

- Équilibrée
- Low carb
- Cétogène

• **Nombre de repas par jour** : 2 3 4+

• **Journée alimentaire type actuelle** (repas, collations, boissons) :

6. Hydratation

• **Volume d'eau/jour (approx.)** :

• **Types de boissons** : eau / café / thé / sodas / boissons light / alcool / autres

7. Alimentation cétogène (si concerné)

- Actuellement en cétogène
- Déjà testé
- Jamais pratiqué

Si oui : - **Depuis le** : - **Poids de départ** : - **Niveau** : Débutant Intermédiaire Avancé

Difficultés rencontrées (si applicable)

- Fatigue
- Constipation
- Crampes
- Manque d'énergie

- Fringales / envies de sucre
 - Aucun problème notable
-

8. Historique des régimes & relation au poids

- **As-tu déjà suivi des régimes ?** Oui Non

Si oui, lesquels : Low carb / Cétogène

- Calories restrictives / hypocalorique
- Jeûne intermittent
- Hyperprotéiné (Dukan...)
- Programmes commerciaux (WW, Comme J'aime, Fitnext...)
- Autres :

- **As-tu déjà vécu l'effet yoyo ?** Oui Non
 - **Problèmes de poids depuis l'enfance ?** Oui Non
-

9. Santé & pathologies

As-tu ou as-tu déjà eu :

- Résistance à l'insuline / prédiabète
 - Diabète type 2
 - SOPK / endométriose
 - Hypothyroïdie
 - Troubles digestifs (SII, RGO, colites...)
 - Lipoœdème
 - Hyperphagie / TCA
 - Insomnie / apnée du sommeil
 - Migraines / céphalées
 - Ablation de la vésicule biliaire
 - Aucun problème connu
-

10. Traitements & compléments

- **Médicaments en cours** (nom + dosage) :
 - **Compléments alimentaires** (nom + marque + dosage) :
-

11. Activité physique & mode de vie

Activité

- **Activité professionnelle** : Sédentaire Active Très active
- **Sport pratiqué** : Aucun Oui → nombre de séances/semaine :
- **Type de sport** : musculation / cardio / crossfit / course / autre

Mode de vie

- **Qualité du sommeil** : Mauvaise Moyenne Bonne
 - **Niveau de stress** : Faible Modéré Élevé
 - **Rythme de vie** : Stable Très stressant Irrégulier
-

12. Préférences & contraintes alimentaires

- **Aliments non aimés ou non consommés** :
 - **Contraintes principales** : Budget
 - Vie sociale
 - Repas en famille
 - Travail posté / horaires atypiques
 - Autre :
-

13. Motivation & engagement

- **Sur une échelle de 1 à 10, ton niveau de motivation actuel** : /10
- **Pourquoi est-ce important pour toi de réussir maintenant ?** :

Je comprends que l'alimentation cétogène n'est pas un régime ponctuel mais un changement durable

14. Question clé – accompagnement

Qu'attends-tu le plus de cet accompagnement ?

15. Expression libre

Tu peux t'exprimer ici librement : histoire avec le poids, relation à l'alimentation, blocages, attentes, contraintes personnelles ou professionnelles, émotions importantes.

Signature de la cliente :

Date :