

DR. ALEXANDRE KRASSOULIA
MÉDECIN MORPHOLOGUE - ANTI-ÂGE

Pour mieux vous aider dans votre démarche de perte de poids,
je vous remercie de bien vouloir répondre au questionnaire ci-dessous.

Date : ___ / ___ / 20__

COORDONNÉES

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____ (jour/mois/année)

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Adresse mail : _____

Etat civil : célibataire en couple marié séparé divorcé veuf

Emploi : _____

Loisirs : _____

Activités physiques (fréquence/durée) : _____

Par qui ou comment m'avez vous connu ?

Médecin Patient Annuaire

Autres : _____

Souhaiteriez-vous que votre médecin traitant reçoive un suivi de votre traitement ?

oui non

Nom de votre médecin : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Depuis quand avez-vous un problème de poids (âge) ? _____

Poids maximum dans votre vie : _____ Quand ? _____

Depuis quand êtes vous à votre poids actuel ? _____

Y'a t'il eu un événement au cours de votre vie qui vous aurait fait grossir ? _____

RÉGIMES ANTÉRIEURS :

| TYPE DE REGIME | QUAND ? (mois/année) | PERTE DE POIDS (combien ?) | REPRISE DE POIDS (oui/non, pourquoi ?) |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------------|---|
| Suppléments protéinés | | | |
| Diététicienne | | | |
| Autre médecin | | | |
| Weight Watchers | | | |
| Régime suivi seul(e) | | | |
| Autre(s) : _____ | | | |

HABITUDES ALIMENTAIRES

Combien de repas prenez-vous par jour ? _____ Combien de collations ? _____

Grignotage : oui non

Boulimie / Perte de contrôle : oui non

Quelle quantité de ces boissons prenez-vous par jour ?

Jus de fruits _____ Sodas _____ Boissons light _____ Eau _____

Café ____ (sucre ____, lait ____, crème ____) Thé ____ (sucre ____, lait ____, crème ____)

Lait _____ entier demi écrémé écrémé

Vin _____ Bière _____ Autre alcool _____

Autre(s) boisson(s) _____

Combien de portions par semaine consommez-vous de :

Pâtes ____ Riz ____ Pommes de terre ____ Pain ____

Laitage ____ (____% matière grasse) Fromage ____

Viande ____ Volaille ____ Poisson ____

Légumineuses (*lentilles, pois chiches, haricots...*) ____ Tofu ____

Friture / gras (*bacon, fast food, beurre, margarine, sauce, etc*) ____

Mode de cuisson ? avec matière grasse sans matière grasse

Salez-vous beaucoup ? oui non

Mangez-vous beaucoup de sucre, sucreries, gâteaux et desserts ? oui non

Que mangez-vous le plus souvent ?

au petit-déjeuner : _____

au déjeuner : _____

au dîner : _____

Combien de repas prenez-vous au restaurant par semaine ?

Petit-déjeuner _____ Déjeuner _____ Dîner _____

Combien dépensez-vous environ par semaine pour vos courses alimentaires ? _____ €

Quel est votre poids désiré ? ____ Quelle taille de vêtement aimeriez-vous porter ? ____

Seriez-vous d'accord pour que l'on prenne une photo de vous ? oui non
(uniquement pour votre motivation)

Avez-vous une bonne collaboration de votre entourage pour votre perte de poids ?

oui non Remarque : _____

Fumez-vous ? oui non Combien par jour ? _____ Depuis quand ? ____
Si vous avez arrêté, depuis quand ? ____

SOMMEIL

Combien d'heures par nuit ? _____ Ronflements Sommeil agité
 Cauchemars / Rêves Réveils fréquents la nuit Maux de tête au réveil
 Mouvement involontaire des jambes Fatigue au réveil
 Somnolence durant le jour Respiration par la bouche seulement

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

A quand remonte votre dernier bilan sanguin (mois/année) ? _____

A quand remonte votre dernier électrocardiogramme (mois/année) ? _____

Avez-vous déjà été opéré (mois/année) ? _____

Est-ce que vos parent souffrent de :

Obésité Cholestérol Hypertension artérielle Problème cardiaque
 Diabète Problème thyroïdien Cancer Accident Vasculaire Cérébral
 Autre(s) : _____

Prenez-vous des médicaments ? oui non

Lesquels ? _____

Prenez-vous des vitamines ? oui non

Lesquelles ? _____

Prenez-vous des compléments alimentaires ? oui non

Lesquels ? _____

Est-ce que vous souffrez de :

Diabète Cholestérol Hypertension artérielle Problème cardiaque
 Cancer Problème thyroïdien Triglycérides Athérosclérose
 Hépatite Rhumatisme Arthrite Epilepsie Anémie
 Prostatite Acné Psoriasis Eczéma Asthme
 Allergies (alimentaires et médicamenteuses) : _____
 Autre(s) : _____

REVUE DE SYSTÈME

Système cardio-vasculaire, souffrez-vous de :

- Douleur dans la poitrine lors d'un effort Palpitations/battements rapides
 Essoufflement anormal à l'effort
 Etouffement lorsque vous êtes couché sans oreiller à plat Pieds - chevilles enflés
 Crampes aux mollets qui vous arrêtent de marcher Crampes aux mollets la nuit
 Varices Phlébites Autre(s) : _____

Système pulmonaire, souffrez-vous de :

- Souffle court : à l'effort au repos
 Asthme Bronchite chronique Sifflement dans la poitrine
 Toux sèche Toux grasse Vous crachez du sang
 Autre(s) : _____

Système digestif, souffrez-vous de :

- Brûlure d'estomac Reflux gastrique Digestion lente
 Calculs biliaires Crampes d'estomac Aérophagie
 Ballonnements Nausées Vomissements
 Diarrhée (*nombre/jour*) ____ Constipation (*nombre selles/semaine*) ____
 Sang rouge dans vos selles Selles noires (*comme du charbon*)
 Crampes abdominales Autre(s) : _____

Système rénal et urinaire, souffrez-vous de :

- Brûlures urinaires Couleur d'urine anormale Sang dans les urines
 Se lève pour uriner souvent la nuit (*nombre/nuit*) ____
 Envie d'uriner souvent et peu à la fois Perte d'urine en riant ou en forçant
 Diminution du jet d'urine (*pour les hommes*) Autre(s) : _____

Système nerveux, souffrez-vous de :

- Tremblements Maux de tête fréquents Migraine Etourdissements
 Vertiges Vision brouillée Perte de conscience
 Autre(s) : _____

Système gynécologique, souffrez-vous de :

- Règles irrégulières Règles douloureuses Absence de règles
 Ménopause Bouffées de chaleur Autre(s) : _____

Date des dernières règles : ____ / ____ / _____

Durée cycle : _____

Prenez vous une pilule contraceptive ? oui non

depuis quand ? _____

Prenez vous des hormones ? oui non

depuis quand ? _____