



Nom et prénom :

Date :

Moi, à ce jour...

Evaluez-vous de 0 (totalement faux) à 5 (totalement vrai) :

J'ai de l'énergie pour réaliser mes tâches au quotidien (boulot, maison...)	0	1	2	3	4	5
J'arrive à me concentrer facilement	0	1	2	3	4	5
J'ai une bonne mémoire, je retiens facilement des informations	0	1	2	3	4	5
Je suis calme et patient(e)	0	1	2	3	4	5
Je suis quelqu'un de motivé, toujours positif(ve)	0	1	2	3	4	5
Je n'ai pas de douleurs chroniques	0	1	2	3	4	5
J'ai un sommeil de qualité, bien réparateur	0	1	2	3	4	5
Je vais à selles régulièrement et facilement	0	1	2	3	4	5
Je suis quelqu'un de déterminé, qui ne lâche rien	0	1	2	3	4	5
J'organise facilement mon quotidien et je respecte ma planification	0	1	2	3	4	5
J'ai beaucoup de plaisir à manger	0	1	2	3	4	5
J'ai beaucoup de plaisir à cuisiner	0	1	2	3	4	5
Je me trouve beau/belle	0	1	2	3	4	5
J'aime ma vie et n'envie pas celle des autres	0	1	2	3	4	5
J'arrive à prendre du temps pour moi, à prendre soin de moi	0	1	2	3	4	5
J'arrive à vivre l'instant présent, je profite des bonheurs simples de la vie	0	1	2	3	4	5
J'ai des bonnes connaissances en nutrition et en cuisine	0	1	2	3	4	5
Je mange en fonction de mes sensations alimentaires	0	1	2	3	4	5
Je me sens très coupable après avoir mangé	0	1	2	3	4	5
Je mange quand je suis ému(e)/ bouleversée(e)/ contrarié(e)/ fatigué(e)/ anxieux(se) etc...	0	1	2	3	4	5



J'évite certains aliments	0	1	2	3	4	5
Je suis satisfait(e) de la forme de mon corps (de ma silhouette)	0	1	2	3	4	5
Je me sens ballonné(e) après un repas normal	0	1	2	3	4	5
J'arrive savoir clairement si j'ai faim ou non	0	1	2	3	4	5
J'ai peur de prendre du poids	0	1	2	3	4	5

Comme **médicaments, compléments alimentaires, contraceptif...** je prends :

Nom du médicament	Rôles	Posologie (dosage, heures...)

Merci également d'apporter, si vous en avez une copie,
les résultats de votre dernière **prise de sang**.



CARNET D'OBSERVATION ALIMENTAIRE

Durant 3 jours je vous propose de prendre note de ce que vous mangez et buvez et d'observer ce qui se passe autour des repas. Cette prise de note peut être faite directement sur l'application Alivio.

Date ? Où ? Heure ? Avec qui ? Faites vous autre chose en mangeant ? Si oui, quoi ?	Ce que vous mangez : Quoi, combien	Observations : Pourquoi mangez-vous Avez-vous faim avant de manger ? Respectez vous cette faim ? Avez vous trop mangé ? Inconfort digestif ? Avez -vous des envies de manger que vous n'avez pas satisfaites ? Mangez-vous vite ? Avez -vous manger par envie ? Avez-vous mangé par émotion ? Avez-vous eu des pensées spécifiques avant pendant ou après la prise alimentaire ? etc...



CARNET D'OBSERVATION ALIMENTAIRE

Date ? Où ? Heure ? Avec qui ? Faites vous autre chose en mangeant ? Si oui, quoi ?	Ce que vous mangez : Quoi, combien	Observations : Pourquoi mangez-vous Avez-vous faim avant de manger ? Respectez vous cette faim ? Avez vous trop mangé ? Inconfort digestif ? Avez -vous des envies de manger que vous n'avez pas satisfaites ? Mangez-vous vite ? Avez -vous manger par envie ? Avez-vous mangé par émotion ? Avez-vous eu des pensées spécifiques avant pendant ou après la prise alimentaire ? etc...



CARNET D'OBSERVATION ALIMENTAIRE

Date ? Où ? Heure ? Avec qui ? Faites vous autre chose en mangeant ? Si oui, quoi ?	Ce que vous mangez : Quoi, combien	Observations : Pourquoi mangez-vous Avez-vous faim avant de manger ? Respectez vous cette faim ? Avez vous trop mangé ? Inconfort digestif ? Avez -vous des envies de manger que vous n'avez pas satisfaites ? Mangez-vous vite ? Avez -vous manger par envie ? Avez-vous mangé par émotion ? Avez-vous eu des pensées spécifiques avant pendant ou après la prise alimentaire ? etc...