

SYNTHESE DU BILAN ALIMENTAIRE

Nom du Patient :

CODE PATIENT

Nom de la Diététicienne :

DATE

1. RYTHME DES PRISES ALIMENTAIRES

Repas :
Petit déjeuner
Déjeuner
Dîner
Collations



Grignotage :
Matinée
Après-midi
Soirée
Nuit

Favorisé par :
solitude
Ennui
Stress
Autres
Composés de :

Troubles de comportements alimentaires :

2. LIEU DES REPAS

Domicile :	midi <input type="checkbox"/>	soir <input type="checkbox"/>
Restaurant/self	midi <input type="checkbox"/>	soir <input type="checkbox"/>
Sur le lieu de travail (repas emportés)	midi <input type="checkbox"/>	soir <input type="checkbox"/>
Restauration rapide	midi <input type="checkbox"/>	soir <input type="checkbox"/>

3. EVALUATION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE par rapport aux besoins estimés

4. OBJECTIFS DE CHANGEMENT

★ Arrêt des grignotages



★ Evolution du petit déjeuner
Avec

Diminution
de la fréquence de consommation d'aliments gras



des matières grasses d'assaisonnement

★ Evolution de la ration glucidique (pain/féculents, fruits et produits sucrés)



★ Autres

5. COMMENTAIRES

6. PROPOSITION DE LA DIETETICIENNE A L'ISSUE DE L'ENQUETE ALIMENTAIRE

Aucun suivi

Consultation de suivi (cocher 1, 2 ou 3)

 1 2 3

7. REMISE DE DOCUMENTS