







## SUIVI DIETETIQUE

**NOM DU PATIENT :**  
**CODE PATIENT :**

**Nom de la Diététicienne :**

### 1. EVOLUTION DE L'ALIMENTATION par rapport aux objectifs de changement fixés

<b>DATE :</b> Arrêt des grignotages	<input type="checkbox"/>	<b>DATE :</b> Arrêt des grignotages	<input type="checkbox"/>	<b>DATE :</b> Arrêt des grignotages	<input type="checkbox"/>
Evolution du petit déjeuner Avec	<input type="checkbox"/>	Evolution du petit déjeuner Avec	<input type="checkbox"/>	Evolution du petit déjeuner Avec	<input type="checkbox"/>
 Diminution de la fréquence de consommation d'aliments gras	<input type="checkbox"/>	 Diminution de la fréquence de consommation d'aliments gras	<input type="checkbox"/>	 Diminution de la fréquence de consommation d'aliments gras	<input type="checkbox"/>
des matières grasses d'assaisonnement	<input type="checkbox"/>	des matières grasses d'assaisonnement	<input type="checkbox"/>	des matières grasses d'assaisonnement	<input type="checkbox"/>
 Evolution de la ration glucidique (pain/féculents, fruits et produits sucrés)	<input type="checkbox"/>	 Evolution de la ration glucidique (pain/féculents, fruits et produits sucrés)	<input type="checkbox"/>	 Evolution de la ration glucidique (pain/féculents, fruits et produits sucrés)	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>

**NOM DU PATIENT :**  
**CODE PATIENT :**

**Nom de la Diététicienne :**

## 2. NOUVEAUX OBJECTIFS