

## Relevé alimentaire

Indiquez tous les aliments et breuvages consommés dans les dernières 24 heures, en prenant soin de préciser le plus de détails possible (quantité, marques si disponibles, consistances, etc.) Des exemples sont fournis à la page suivante. S.v.p., ne pas écrire dans les zones ombragées, réservées à l'usage de la nutritionniste. Merci!

Heure	Description de l'aliment	Quantité	PC	F	Lé	AL	PL	Vs	Mg	Ag	Fv	
Total												
	E		68	60	35	12	80-110	60	45	60+	15	
	P		2		2		8	8				
	L						0-8	3	5			
	G		15	15	7	3	12			15		

## Quelques instructions pour le relevé alimentaire :

Il y a plusieurs façons de décrire un aliment consommé. Vous pouvez utiliser l'unité de mesure qui vous convient le mieux pour quantifier votre portion (ml, tasses, unités, etc.) Voici quelques exemples de descriptions.

Heure	Description de l'aliment	Quantité	PC	F	AL	PL	Vs	Mg	Ag	Fv
8H30	Lait 2%	½ tasse								
	Céréales de riz Rice Krispies	125 ml								
	Sucre blanc	1 c. à table								
10H	Craquelins Suisse	8								
12H	Lasagne (avec sauce à la viande)	1 tasse								
15H	Orange	1								
18H	Boeuf, haché	5 c. à thé								
	patate en purée	125 ml								
	margarine	1 c. à thé								
21H	Gâteau au chocolat (Duncan Hines)	morceau de 1X2X3								
	Glaçage au chocolat commercial (Duncan Hines)	15 ml								

NE RIEN ÉCRIRE ICI SVP

## Questionnaire de fréquence de consommation

Indiquez le nombre de fois par jour **OU** par semaine **OU** par mois que votre enfant consomme les groupes d'aliments suivants.

	quantité par jour/semaine/mois
Eau	
Jus	
Lait	
Autres produits laitiers	
Substituts du lait	
Viandes et volailles et poissons	
Œufs	
Fruits	
Légumineuses et tofu	
Légumes	
Pain	
Autres produits céréaliers	
Desserts, gâteaux, biscuits, etc.	
Croustilles, grignotines	
Bonbons	
Suppléments nutritionnels ex : Pediasure, Boost, Nutren...	

Personne significative ayant complété le questionnaire pour l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom du parent : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

*Ce questionnaire permet d'optimiser le temps de consultation afin de vous offrir un meilleur service.*

*Merci de répondre au meilleur de votre connaissance.*

**Votre enfant manifeste-t-il certains comportements parmi les suivants**  
(ne répondre que dans les colonnes correspondant à l'âge de votre enfant)

<b>0-6 ans</b>	<b>6-12 ans</b>	<b>13-18 ans</b>
Aime manger <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Aime manger <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Aime manger <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Lance les aliments <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Jette ses aliments à l'école sans les manger <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Jette ses aliments à l'école sans les manger <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Prends des médicaments, suppléments ou produits naturels <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Lesquels _____ _____	Prends des médicaments, suppléments ou produits naturels <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Lesquels _____ _____	Prends des médicaments, suppléments ou produits naturels <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non lesquels : _____ _____ Fais usage de tabac, alcool ou autres substances : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Prends des boissons énergisantes : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Est déjà à la diète <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**0-18 ans**

Crache ou recrache la nourriture oui non

Accumule la nourriture dans ses joues sans l'avaler oui non

S'étouffe pendant ou après le repas oui non

A de la difficulté à rester assis à table sans bouger ou sortir de table oui non

Mange mieux devant la télé, avec des distractions ou ailleurs qu'à la table à manger oui non

A des infections fréquentes (otites, gripes, sinusite, etc.) oui non

A des problèmes dermatologiques (eczéma, urticaire, rougeurs, lésions, etc.) oui non

Est irritable oui non

A une capacité de concentration réduite oui non

Allergies ou intolérances alimentaires oui non

Lesquelles: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant a...

des diarrhées oui non Fréquence : rarement fréquemment

de la constipation oui non Fréquence : rarement fréquemment

des selles difficiles à évacuer oui non Fréquence : rarement fréquemment

des douleurs à l'estomac oui non Fréquence : rarement fréquemment

des douleurs abdominales oui non Fréquence : rarement fréquemment

des ballonnements oui non Fréquence : rarement fréquemment

des gaz oui non Fréquence : rarement fréquemment

**Poids et taille :**

Si vous avez un carnet avec poids – taille et périmètre crânien faites en une photo et faites-la moi parvenir ou inscrivez-les ici :

Date	Poids	Taille	Périmètre crânien

Insérez d'autres lignes si nécessaire.

**Concernant le sommeil, votre enfant :**

a un sommeil normal    dort peu, s'endort difficilement    dort beaucoup trop, est difficile à réveiller

**Votre enfant pratique-t-il une activité physique :** Si oui, décrivez : \_\_\_\_\_

Au total combien d'heures par semaine : \_\_\_\_\_ heures par semaine

**Dans votre famille immédiate** (père, mère, frères, sœurs), y a-t-il des personnes qui ont souffert de

Obésité    Anorexie    Diabète    Maladie cardiaque

Allergies alimentaires, laquelle ou lesquelles : \_\_\_\_\_

Comment décrivez-vous le moment des repas en compagnie de votre enfant :

\_\_\_\_\_

**Quelles sont vos attentes** concernant cette consultation (par exemple donner des idées de menus, des idées de collations, savoir si votre enfant consomme trop ou pas suffisamment d'aliments, savoir si votre enfant consomme suffisamment de vitamines et minéraux, savoir si ce que vous avez mis en place depuis la dernière rencontre avec votre médecin est adéquat, etc.) ?

\_\_\_\_\_

Vous pouvez ajouter **tout autre commentaire que vous jugez pertinent** (par exemple nommer des aliments que vous auriez offerts à votre enfant et qu'il ne les aurait pas appréciés ; la perception de votre enfant face à l'alimentation ; des suppléments alimentaires que vous auriez essayé d'offrir à votre enfant auparavant ; la perception de votre enfant face à son poids ; la conclusion de consultation avec d'autres professionnels de la santé ; ce que vous avez mis en place en alimentation depuis la dernière rencontre avec le médecin de votre enfant, etc.)

\_\_\_\_\_