

Questionnaire des habitudes alimentaires



1. Informations générales

1. Nom, prénom, date :
2. Niveau d'activité physique (type, fréquence, durée) :
3. Objectif principal (bien-être, performance, digestion, poids, énergie, autre) :

2. Routine alimentaire quotidienne

1. À quelle heure prenez-vous généralement :

- Petit-déjeuner :
- Dîner (midi) :
- Souper (soir) :
- Collations éventuelles :

2. Votre rythme est-il régulier (horaires, structure des repas) ?

Toujours Souvent Parfois Rarement

3. Sautez-vous des repas ?

Oui, souvent Parfois Rarement Jamais

Si oui, lesquels et pour quelles raisons ?

3. Composition des repas

1. Petit-déjeuner habituels :

(exemples de ce que vous mangez)

2. Repas du midi habituels :

3. Repas du soir habituels :

4. Collations (quantité, moment, type) :

 Joëlle Esseiva
joelleesseiva@bluewin.ch
+41 79 631 54 99

 <http://www.joelleesseiva.ch>
Conseils en nutrition et naturopathie





5. Consommation de produits suivants :

- Fruits : quotidien 3–5x/sem rarement
- Légumes : quotidien 3–5x/sem rarement
- Féculents (pain, pâtes, riz, etc.) : chaque repas 1x/j occasionnel
- Protéines animales : quotidien 3–5x/sem rarement
- Protéines végétales : quotidien 3–5x/sem rarement
- Produits ultra-transformés : quotidien 3–5x/sem rarement
- Sucreries / snacks : quotidien 3–5x/sem rarement

4. Hydratation

1. Consommation d'eau par jour :

< 1 L 1–1.5 L 1.5–2 L > 2 L

2. Consommation d'autres boissons :

- Café :
- Thé / infusions :
- Sodas :
- Jus :
- Alcool (type, fréquence) :

5. Habitudes émotionnelles et comportementales

1. Mangez-vous en réponse au stress, fatigue, ou émotions ?

Oui Parfois Non

Si oui, dans quelles situations ?

2. Mangez-vous en pleine conscience (sans écrans, calmement) ?

Oui Parfois Rarement

3. Vous arrive-t-il de manger très vite ?

Oui Parfois Rarement



Joëlle Esseiva
joelleesseiva@bluewin.ch
+41 79 631 54 99



<http://www.joelleesseiva.ch>
Conseils en nutrition et naturopathie





6. Digestion et confort digestif

1. Avez-vous :

- Ballonnements : oui non
- Constipation : oui non
- Diarrhées : oui non
- Reflux / brûlures : oui non
- Douleurs abdominales : oui non

2. Certains aliments déclenchent-ils des symptômes ?

Si oui, lesquels ?

7. Environnement et organisation

1. Préparez-vous vos repas vous-même ?

Oui Parfois Non

2. Mangez-vous souvent à l'extérieur / à l'emporter ?

Quotidien 3–5x/sem 1–2x/sem Rarement

3. Faites-vous vos courses avec une liste ?

Oui Parfois Non

8. Sommeil et énergie

1. Qualité du sommeil :

Très bon Bon Moyen Mauvais

2. Niveau d'énergie dans la journée :

Stable En dents de scie Faible le matin Faible l'après-midi





9. Supplémentation

Prenez-vous des compléments ou plantes actuellement ?

Oui Non

Si oui : lesquels, quelle dose, depuis quand ?

10. Attentes & objectifs

Qu'attendez-vous de cet accompagnement nutritionnel / naturopathique ?

