

Cahier de Suivi Patient

Première consultation

Date : ____/____/____

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Age :

Situation professionnelle :

Poids : KG

Taille : CM

IMC (poids/taille²) :

Périmètre ombilical : CM

Masse grasse : %

TA : / MM Hg

Poids souhaité : KG

Motif principal de la consultation :

Motif secondaire de la consultation :

Antécédents médicaux :

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| ■ Hypertension Artérielle | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| ■ Accident vasculaire cérébral | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| ■ Insuffisance cardiaque | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| ■ Insuffisance coronarienne | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| ■ Diabète | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| ■ SAOS | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| ■ Syndrome métabolique | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |

■ Autres :

Questions clés :

- 1- A votre avis, pourquoi avez-vous un problème de poids ?**
- 2- Qu'attendez-vous d'une perte de poids ?**
- 3- Depuis quand pensez vous être en surpoids ?**
- 4- A quelle échéance pensez-vous obtenir votre poids souhaité ?**
- 5- Ou situez vous votre niveau de motivation ? 0 à 10**
- 6- D'après vous, qu'est ce qui va changer dans votre vie, une fois votre perte de poids obtenue ?**
- 7- Avez-vous une activité physique ?**
- 8- Qui d' après vous, va vous aider dans votre environnement proche à obtenir votre poids souhaité ?**
- 9- Qui d'après vous, dans votre environnement proche, peut vous empêcher d'atteindre votre poids souhaité ?**
- 10-Avez-vous déjà tenté des régimes ?**
- 11-Avez-vous déjà réussi à perdre du poids ? si oui, pourquoi à votre avis ?**
- 12-Avez-vous ou avez-vous eu des épisodes de boulimies ?**
- 13-Avez-vous des phases de grignotage ? Oui Non Ne sait pas**
 - a. de quels types d'aliments ?**
 - b. dans quelles circonstances ?**