FICHE PATIENT

Nom : Prénom :

□Homme □ Femme Date de naissance : … / … / …..	Situation matrimoniale : …….....…… Enfant(s) :
Tel : ... … … … … … … … … … …	Email:…….……..……@.....
Situation professionnelle :	
Motif de la consultation : Objectif principal: Objectif secondaire Motivation/État psychologique : 1 à 10 :	

Antécédents médicaux :	
Dernières analyses : …… / ….. / …… □ Diabète : …… □ Cholestérol :…… Autres : ……..	Pathologie : Antécédents familiaux :
Pathologie(s) actuelle(s) : Traitement(s) actuel(s) : ……..	Fumeur □

Informations diététiques :

Taille : Poids : kg Poids max : kg Poids min : Kg
Prise de poids récente : Depuis quand ?
Les raisons de la prise de poids :
Mensuration: Taille: cm Bras: cm Poitrine: cm Cuisse: cm
Effet psychologique / moral : ……..
……
……

Régime(s) suivi(s) : ……..
……
……
……
……
……
……

Activité(s) physique(s) : Marche, métier physique,etc…

Type	Durée	Fréquence