

## Questionnaire pré-consultation (nutrition)

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

Date de naissance: \_\_\_\_\_

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

La raison de la consultation d'aujourd'hui: \_\_\_\_\_

Poids selon la dernière pesée: \_\_\_\_\_ Talon selon la dernière mesure: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant:	Non	Oui (veuillez préciser)
1. prend des médicaments/suppléments/produits naturels		
2. a des problèmes médicaux/ constipation/ diarrhée		
3. a des infections fréquents (par exemple, otites, gripes, sinusite, etc.)		
4. a des problèmes dermatologiques (eczéma, rougeurs, etc.)		
5. a une capacité de concentration réduite		
6. a des allergies ou des intolérances alimentaires		
7. évite tout aliment (par exemple pour les raisons religieuses, culturelles ou de préférence)		
8. a/eu un régime spécial		
9. lance les aliments		
10. crache ou recrache la nourriture		
11. accumule la nourriture dans ses joues sans l'avaler		
12. s'étouffe pendant ou après le repas		
13. a de la difficulté à rester assis à table		
14. mange avec des distractions		
15. aime manger		
16. pratique une activité physique		
17. a un sommeil normal		

Dans votre famille immédiate, y a-t-il des personnes qui ont souffert de:	Non	Oui
1. Diabète		
2. Maladie cardiaque		
3. Obésité		
4. Anorexie		
5. Allergies alimentaires		

