

Préparation RDV avec Juliette (diététicienne)

Pensez à **m'envoyer les dernières analyses sanguines** ou autre bilan

Motif du RDV :








Combien de fois durant le mois passé (30 jours) avez-vous ressenti les symptômes suivants (nous détaillerons pendant notre RDV)

	Jamais	1-4x/mois	2-4x/sem	5-6x/sem	Tous les jours
Douleurs abdominales					
Selles dures T1/T2					
Selles molles T6/T7					
Besoin urgent (selles)					
Sensation d'évacuation incomplète					
Présence de mucus dans les selles					
Présence de sang dans les selles					
Flatulences					
Ventre gonflé					
Gaz handicapants (quantité)					
Gaz malodorants					
Eructions (rots)/aérophagie					
Reflux					
Brulures d'estomac					
Nausées					
Sensations de satiété rapide					

Noms des médicaments (dont pilule contraceptive si prise) et/ou compléments alimentaires en cours (indiquer le nom du laboratoire et posologie) :

- .
- .
- .
- .
- .

Échelle de Bristol

Type 1		Petites crottes dures et détachées, ressemblant à des noisettes. Difficiles à évacuer.
Type 2		En forme de saucisse, mais dures et grumeleuses.
Type 3		Comme une saucisse, mais avec des craquelures sur la surface. Crotte quasiment parfaite.
Type 4		Ressemble à une saucisse ou un serpent, lisse et douce. Crotte parfaite.
Type 5		Morceaux mous, avec des bords nets (néanmoins aisés à évacuer).
Type 6		Morceaux duveteux, en lambeaux, selles détrempées.
Type 7		Pas de morceau solide, entièrement liquide.

Journal alimentaire : décrivez le contenu de vos repas, vos symptômes (transit, gaz, etc.) et comment a été pris le repas (devant écran, au restaurant, etc.)

	Petit déjeuner	Déjeuner	Gouter	Diner	Note (symptômes, environnement du repas, moment du cycle menstruel ...)
J1					
J2					
J3					
J4					

Notes :

Fréquence de consommation moyenne des aliments suivants :

Poisson gras (sardines, maquereau, harengs)		Viande	
Poisson (autres que sardines/maquereaux)		Huile (préciser le type)	
Sauce		Œufs	
Aliments contenant du gluten (blé/orge/seigle)		Produits laitiers	
Produits sucrés industriels		Tofu/tempeh	
Oléagineux (noix, amandes...)		Légumineuses	
Fruits		Légumes	

Fréquence de consommation moyenne des boissons suivantes (évaluer les quantités)

Eau		Alcool	
Thé		Soda/jus de fruits	
Café		Eau pétillante	

A très vite !