

## QUESTIONNAIRE ALIMENTAIRE

- à compléter -

### PERSONNE HOSPITALISÉE

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Zone réservée à la clinique  
(Coller ici une étiquette du dossier)

Madame, Monsieur,

Pour respecter au mieux vos besoins alimentaires, les adapter à vos goûts et à une éventuelle prescription médicale, nous vous prions de compléter ce questionnaire.

**Suivez-vous un régime alimentaire ?**       OUI       NON

Si oui, précisez lequel?

Diabétique

Sans sel

Pauvre en graisses

Sans viande

Sans porc

Autres, précisez: \_\_\_\_\_

**Présentez-vous des allergies alimentaires ?**       OUI       NON

Si oui, précisez la(les)quelle(s) ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Avez-vous des problèmes de mastication ?**       OUI       NON

**Merci de nous préciser les aliments que vous n'aimez pas :** 

*Indiquer des aliments précis au sein des différentes familles d'aliments (viandes, poissons, œufs, féculents, laitages, fruits et légumes) ou certains plats spécifiques*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Pour le petit déjeuner, quelle boisson préférez-vous ?** (à confirmer lors de votre hospitalisation).

Café noir

Café au lait

Thé noir

Cacao

Lait

Tisane