



Nom / prénom :

Âge :

Email :

Téléphone :

Profession / horaires typiques (matin/midi/soir)

Contraintes alimentaires (allergies, intolérances, végé, traitement en cours) :

MON OBJECTIF PRIORITAIRE :

SOMMEIL

- Heure de coucher :
- Heure de lever (moyenne) :
- Endormissement : facile / moyen / difficile
- Réveils nocturnes : 0 / 1 / 2 / 3+
- Qualité globale (0-10) :
- Chaleur nocturne / sueurs : jamais / parfois / souvent
- Ronflements / apnées suspectées : non / oui / je ne sais pas

DIGESTION

- Appétit : faible / normal / fort
- Ballonnements : non / parfois / souvent
- Lourdeurs après repas : non / parfois / souvent
- Reflux : non / parfois / souvent
- Transit : constipation / normal / diarrhée / alternance

ENERGIE

- Énergie le matin (0-10) :
- Énergie l'après-midi (0-10) :
- Coup de barre après repas : non / parfois / souvent

TEMPÉRATURE / SENSATIONS CORPORELLES

- Tendance : frileux·se / neutre / a souvent chaud
- Mains/pieds froids : non / parfois / souvent
- Bouffées de chaleur : non / parfois / souvent
- Soif / bouche sèche : non / parfois / souvent



HUMEUR

- Stress au quotidien (0-10) :
- Irritabilité : non / parfois / souvent
- Ruminations : non / parfois / souvent
- Pic de stress typique (horaire / situation) :

FRINGALES

- Fringales : non / parfois / souvent
- Plutôt : sucré / salé / les deux
- Horaire : matin / après-midi / soir / nuit
- Déclencheur principal (fatigue, stress, social, faim réelle) :

ACTIVITÉ PHYSIQUE

- Type(s) :
- Fréquence (hebdo) :
- Intensité : douce / modérée / intense :

CONTEXTE COUPLE

- Qui cuisine le plus souvent ?
- Nombre de repas pris ensemble / semaine :
- 1 difficulté principale à deux (horaires, goûts, enfants, grignotage, etc.) :

NOTES LIBRES

- Ce que je veux absolument garder (aliments, habitudes) :
- Ce que je suis prêt·e à changer (1 à 3 choses) :
- Informations utiles (antécédents, douleurs, symptômes, etc.) :