

## QUESTIONNAIRE SUR VOS HABITUDES ALIMENTAIRES

Combien de repas et de collations consommez-vous par jour? \_\_\_\_\_

En général, à quelle heure prenez-vous votre dernier repas? \_\_\_\_\_

Que consommez-vous le soir ou entre les repas? \_\_\_\_\_

Consommez-vous, à chaque repas...

L'équivalent de votre paume de main en protéines (viandes, poissons, légumineuses, tofu)? \_\_\_\_\_

L'équivalent du creux de votre main de grains entiers (quinoa, riz brun, avoine, orge, etc.)? \_\_\_\_\_

Combien de fois par semaine en moyenne consommez-vous...

Des petits plats surgelés? \_\_\_\_\_ Du fast-food? \_\_\_\_\_ Au restaurant? \_\_\_\_\_

Des viandes transformés? \_\_\_\_\_ Un dessert? \_\_\_\_\_

Combien buvez-vous par semaine de...

Boissons gazeuses? \_\_\_\_\_ Boissons alcoolisées? \_\_\_\_\_ Jus de fruit sucrés? \_\_\_\_\_

Café? \_\_\_\_\_ Thé? \_\_\_\_\_ Boissons énergisantes? \_\_\_\_\_ Eau? \_\_\_\_\_

Que buvez-vous d'autres? \_\_\_\_\_

Placez en ordre d'importance les obstacles suivant dans l'adoption de saines habitudes de vie (1 étant le plus important, 4 le moins important):

Manque de connaissance\_\_\_\_\_, d'organisation\_\_\_\_\_, de motivation\_\_\_\_\_, de temps\_\_\_\_\_.

*Seriez-vous intéressé à un service de coaching personnalisé pour vous aider à adopter de meilleures habitudes de vie? Oui   Non*

*Aimeriez-vous avoir des conseils santé pour une meilleure alimentation en assistant à l'une de nos conférences sur la nutrition? Oui   Non*

*Êtes-vous intéressés à remplir un journal alimentaire pendant une semaine pour que nous puissions faire une évaluation plus approfondie de votre alimentation? Oui   Non*

## QUESTIONNAIRE SUR VOS HABITUDES DE SOMMEIL

Combien d'heures par nuit dormez-vous? \_\_\_\_\_

Avez-vous un horaire de sommeil stable (incluant les fins de semaine)? \_\_\_\_\_

Considérez-vous votre sommeil comme étant récupérateur? (donnez des détails svp)

---

---

Quelle est votre posture de sommeil (dos, côté, ventre, bras sous l'oreiller, bras dans les airs, etc.)

---

Vous réveillez-vous courbaturé après vos nuits de sommeil? \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps possédez-vous votre oreiller? \_\_\_\_\_

Croyez-vous qu'il vous offre un bon support au niveau de votre cou? \_\_\_\_\_

À quand remonte l'achat de votre matelas actuel? \_\_\_\_\_

Est-il ferme, vous offre-t-il un bon soutien? \_\_\_\_\_

Souffrez-vous d'apnée du sommeil ou de ronflement dérangeant? \_\_\_\_\_

Avez-vous envie de vous endormir après le dîner ou en fin d'après-midi? \_\_\_\_\_

Combien de fois par nuit êtes-vous réveillé au cours de votre sommeil? \_\_\_\_\_

À combien de temps estimez-vous la période qui précède votre endormissement?

---

Des conseils sur les habitudes de sommeil sont donnés lors de différentes conférences offertes gratuitement à la clinique. Informez-vous à la réception afin de connaître la date de la prochaine conférence sur ce sujet important. Car c'est au lit qu'on passe la majorité de notre temps 😊.

**Nous vous offrons également la possibilité de nous apporter votre oreiller lors de votre prochaine visite afin de vérifier s'il supporte convenablement votre cou et s'il est bien adapté à votre physiologie. Ça prend 5 minutes, c'est gratuit et ça peut vous éviter bien des ennuis!**

## QUESTIONNAIRE SUR LE STRESS

Évaluez de 1 à 10 votre niveau de stress (1 = pas de stress, 10 = extrêmement stressé)

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Évaluez votre niveau de satisfaction par rapport à votre vie (de 1 à 10)

	Peu satisfait					Très satisfait				
<b>Personnelle</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Professionnelle</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Familiale</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Sociale</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Financière</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Santé</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quels sont les irritants de votre vie actuelle (vos réponses demeureront confidentielles)?

---

---

Par quel moyen gérez-vous habituellement votre stress? \_\_\_\_\_

Connaissez-vous des techniques de gestion du stress? \_\_\_\_\_

Quelles modifications aimeriez-vous apporter pour avoir une meilleure qualité de vie?

---

---

Combien de temps et d'efforts êtes-vous prêts à y investir? \_\_\_\_\_

Nous offrons une conférence sur la gestion du stress, seriez-vous intéressé à y assister?

- Oui certainement, merci de me contacter lors de la prochaine conférence sur ce sujet
- Non merci, ma gestion du stress me convient très bien ☺

## QUESTIONNAIRE SUR L'EXERCICE PHYSIQUE

Combien d'heures d'activités physiques faites-vous en moyenne par semaine? \_\_\_\_\_

Quelles sont les activités ou les sports que vous aimez pratiquer :

Au cours de l'été? : \_\_\_\_\_

En hiver? : \_\_\_\_\_

En moyenne, combien de fois par semaine faites-vous des exercices qui augmentent de façon significative votre pulsation cardiaque, et cela, pour au moins 20 minutes? \_\_\_\_/semaine

En moyenne, combien de fois par semaine faites-vous des exercices de renforcement musculaire (au gym ou à la maison) ? \_\_\_\_/semaine

Comment considérez-vous votre niveau de : (*excellent, bon, moyen, passable, pauvre*)

- Santé cardio-vasculaire ? \_\_\_\_\_

- Capacité musculaire ? \_\_\_\_\_

- Flexibilité ? \_\_\_\_\_

Combien d'heures par semaine passez-vous assis au travail ou à la maison ? \_\_\_\_\_

Quelles sont les restrictions qui vous empêchent de pratiquer certaines activités physiques ?

\_\_\_\_\_

Quels sont vos objectifs en ce qui a trait à votre niveau d'activité physique?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Combien d'heures par semaine êtes-vous prêt à mettre pour atteindre vos objectifs? \_\_\_\_\_

Placez en ordre d'importance les obstacles qui vous nuisent dans l'adoption de saines habitudes concernant vos activités physiques : (1 étant le plus important, 4 étant le moins important)

Manque de : connaissance \_\_\_\_\_, d'organisation \_\_\_\_\_, de motivation \_\_\_\_\_ ou de temps \_\_\_\_\_.

## Pourquoi changer?

Nos valeurs personnelles ainsi que notre vision de qui nous voulons devenir influence fortement les actions que l'on pose au quotidien. C'est pourquoi il est important de bien se connaître si l'on désire changer.

Il sera plus facile de changer un comportement si vous réalisez que l'ancien comportement ne correspond pas à vos valeurs et à l'individu que vous souhaitez être, et que le nouveau comportement vous permet d'être en accord avec ce que vous souhaitez obtenir.

Par exemple, une fois parent, certaines personnes réalisent qu'elles veulent être en bonne santé le plus longtemps possible pour pouvoir profiter de la présence de leur enfant et de leur petit enfant. Subitement, il devient plus facile d'adopter des comportements sains car ces actions vont désormais dans le même sens que leur valeur profonde.

**Connaissez-vous vos valeurs? Écrivez vos cinq valeurs les plus importantes :**

---

---

---

**Décrivez le type de personne que vous aimeriez être :**

---

---

---

---

**Est-ce que vos actions quotidiennes actuelles vont dans le sens de vos valeurs et de la personne que vous aimeriez-être? Si non, pourquoi?**

---

---

---

---

---

---

Voici un exercice pour vous aider à mieux cerner exactement *pourquoi* vous souhaitez changer.

Répondez aux cinq questions suivantes :

**Pourquoi participez-vous à ce processus de changement?**

---

---

---

---

**Pourquoi cette raison est-elle importante pour vous?**

---

---

---

---

**Et pourquoi cette réponse est-elle importante?**

---

---

---

---

**Quelle différence cela pourrait-elle faire dans votre vie?**

---

---

---

---

**Et pourquoi cela est-il si important?**

---

---

---

---

## Prêt pour le changement?

Changez des habitudes peut sembler difficile. L'important est de faire un petit pas à la fois, mais de faire ce petit pas avec constance et de faire preuve de patience.

Il est également important de prendre le temps de bien se connaître, car notre désir de changer est souvent teinté d'ambivalence. Souvent, nous voulons changer, mais savons que nous allons devoir faire des efforts. Nous aimerions bouger plus, mais savons que nous n'avons pas toujours l'énergie nécessaire. Nous aimerions mieux manger, mais savons que nous allons devoir cuisiner davantage. Pour chaque question, essayer de nommer des obstacles qui font partis de votre ambivalence à changer.

Le prochain questionnaire permet d'évaluer votre niveau de motivation à changer et à identifier vos ambivalences.

### Êtes-vous motivé?

Sur une échelle de 1 à 10, identifier votre niveau de motivation à changer \_\_\_\_\_

Identifiez les obstacles à votre motivation au changement :

---

---

### Êtes-vous prêt?

Sentez-vous que vous pouvez commencer dès maintenant, ou sentez-vous que vous avez besoin d'encore un peu de temps? \_\_\_\_\_

Sur une échelle de 1 à 10, identifier votre niveau de volonté à changer \_\_\_\_\_

Identifiez les obstacles à votre volonté de changer :

---

---

### Êtes-vous capable?

Parfois, nous voulons quelques choses, mais nous en sommes incapable à cause de certaines limitations. Sur une échelle de 1 à 10, identifier votre niveau de capacité à changer \_\_\_\_\_

Identifiez les obstacles à votre capacité de changer :

---

---