

## 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 \_\_\_\_\_.