

ENQUETE ALIMENTAIRE (24 heures)

Patient : M

né(e) le :

le __ / __ / ____	Menu précis	Quantités
<p>Petit déjeuner <u>Lieu</u> :</p> <p>Heure :</p> <p>Pensez aux boissons</p>		
<p>Matinée <u>Lieu</u> :</p> <p>Heures :</p> <p>Pensez aux boissons</p>		
<p>Déjeuner <u>Lieu</u> :</p> <p>Heure :</p> <p>Pensez aux graisses d'ajout, au sel et aux boissons</p>		

le __ / __ / ____	Menu précis	Quantités
<p>Après-midi Lieu : Heures : Pensez aux boissons</p>		
<p>Dîner Lieu : Heure : Pensez aux graisses d'ajout, au sel et aux boissons</p>		
<p>Soirée et nuit Lieu : Heures : Pensez aux boissons</p>		
<p>Remarques (sensations de faim, réactions, ...)</p>		