



# Votre développeur de santé personnalisé

## COORDONNÉES

Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Adresse courriel \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

## DÉMOGRAPHIE



Quel âge avez-vous? \_\_\_\_\_

 Quel est votre sexe?

Homme  Femme



Quels sont votre poids et votre grandeur?

Grandeur \_\_\_\_\_ Poids (en livres) \_\_\_\_\_

## MODE DE VIE Veuillez sélectionner une seule option parmi les questions ci-dessous



Comment est votre niveau d'énergie pendant une journée normale?

- Je prends la journée d'assaut
- J'en ai juste assez pour terminer la journée
- J'ai occasionnellement besoin d'un petit remontant
- Je suis toujours fatigué

 À quelle fréquence êtes-vous stressé?

- Rarement: je ne laisse rien me déranger
- Occasionnellement; j'ai mes moments, mais c'est gérable
- Fréquemment; j'en ai beaucoup dans mon assiette
- Toujours: je suis très stressé

 Comment est votre sommeil?

- Excellent: 7–8 heures de sommeil ininterrompues
- Parfait, mais je ne dors pas assez longtemps
- J'ai du mal à trouver le sommeil
- Pas formidable: je me réveille plusieurs fois par nuit



Comment sont votre mémoire et votre concentration?

- Excellent: je suis très alerte
- Aucun problème maintenant, mais je suis inquiet que ça s'aggrave
- Bon, mais je perds occasionnellement le fil de mes pensées
- Ma mémoire tend à se détériorer progressivement



À quelle fréquence faites-vous des exercices chaque semaine?

- Moins de 1 heure
- 1–2 heures
- 2–4 heures
- Plus de 4 heures



Comment décririez-vous vos exercices hebdomadaires?

- Léger (*marche, étirement, etc.*)
- Surtout cardio (*Jogging, machine elliptique, etc.*)
- Équilibre cardio et entraînement avec poids et haltères modéré
- Intense (*entraînement par intervalle, musculation, entraînement pour les marathons, etc.*)



Vos produits nettoyants contiennent-ils du chlore ou de l'ammoniaque?

- Non
- Oui

## RÉGIME ALIMENTAIRE

Veuillez sélectionner une seule option parmi les questions ci-dessous

 **Combien de fois par semaine mangez-vous des fruits?**

- Moins de 7 fois
- 7-13 fois
- 14-20 fois
- Plus de 20 fois

 **Combien de fois par semaine mangez-vous des légumes?**

- Moins de 7 fois
- 7-13 fois
- 14-20 fois
- Plus de 20 fois

 **Combien de fois par semaine mangez-vous des grains entiers?**

- Moins de 7 fois
- 7-13 fois
- 14-20 fois
- Plus de 20 fois

 **Combien de fois par semaine mangez-vous des produits laitiers?**

- Moins de 7 fois
- 7-13 fois
- 14-20 fois
- Plus de 20 fois

 **Combien de fois par semaine mangez-vous du poisson riche en oméga-3, comme le saumon?**

- Aucun
- Rarement
- Environ une fois par semaine
- Deux fois et plus par semaine

 **Combien de verres de 8 onces d'eau buvez-vous par jour?**

- Moins de 2 verres
- 2-4 verres
- 5-7 verres
- 8 verres et plus

 **Combien de fois par semaine consommez-vous des boissons sucrées (ex: boissons gazeuses, jus, etc.)?**

- Rarement
- 1-2 fois
- 3-6 fois
- Plus de 6 fois

 **Combien de fois par semaine mangez-vous des collations malsaines ou de la restauration rapide?**

- Moins de 2 fois
- 2-6 fois
- 7-13 fois
- Plus de 13 fois

 **Typiquement que mangez-vous au petit déjeuner?**

- Je prends rarement un petit déjeuner
- J'ai tendance à manger rôties, bagels, muffins, céréales et flocons d'avoine
- Je mange un petit déjeuner classique (bacon, oeufs, pommes de terre rissolées, etc.)
- J'opte pour les options plus légères telles que yogourt et fruits
- J'obtiens un mélange de protéines, de fruits et/ou légumes des boissons frappées et smoothies, ou chercher d'autres sources de protéines maigres comme des oeufs ou des blancs d'oeufs

 **Achetez-vous des aliments biologiques?**

- Toujours, lorsque c'est disponible
- Oui, pour certain types d'aliments
- J'aimerais bien, mais c'est trop cher
- Non, je ne pense pas que ça vaille le coût

 **Avez-vous des restrictions alimentaires?**

(Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique)

- Sans gluten
- Sans soja
- Sans noix
- Sans produits laitiers
- Végétarien
- Kascher
- Aucune

 **Veillez sélectionner ce qui s'applique pour vous:**

- J'essaie de tomber enceinte
- Je suis enceinte ou j'allait
- Je souffre de SPM
- Je traverse la périménopause ou je suis en ménopause
- Aucune

## OBJECTIFS DE SANTÉ

 Veuillez identifier vos 3 principaux objectifs de santé.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Santé générale                  | <input type="checkbox"/> Santé de coeur      |
| <input type="checkbox"/> Confort articulaire             | <input type="checkbox"/> Os solides          |
| <input type="checkbox"/> Cellules en santé               | <input type="checkbox"/> Soutien immunitaire |
| <input type="checkbox"/> Mémoire et attention améliorées | <input type="checkbox"/> Plus d'énergie      |
| <input type="checkbox"/> Digestion saine                 | <input type="checkbox"/> Perte de poids      |
| <input type="checkbox"/> Réduction du stress             | <input type="checkbox"/> Rester en forme     |



Combien dépensez-vous chaque jour pour acquérir une santé optimale?

- Moins de 3 \$ par jour
- 3 \$-5 \$ par jour
- 5 \$-8 \$ par jour
- Plus de 8 \$