



SUIVI DE SESSION

Merci d'imprimer ou d'écrire clairement.

Prénom _____ Date _____

Nom _____

Emai: _____

SANTE

Quels changements positifs avez-vous constatés depuis votre dernier rendez-vous ?

Qu'est ce qui vous inquiète actuellement ?

Modification du poids ? _____ Qualité du sommeil ? _____

Constipation ou diarrhée ? _____ Votre humeur ? _____

ALIMENTATION

Cuisinez-vous davantage? _____

Des envies fortes ? Lesquelles? _____

Que mangez-vous actuellement ?

Petit dejeuner	Déjeuner	Dîner	Snacks	Boissons
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

COMMENTAIRES

Souhaitez-vous ajouter quelque chose?