

N°.... Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : ..... Sexe : M / F Age : ... Date : .....

**CONSTANTES  
BIOLOGIQUES**

Tension artérielle  
Pouls

<b>pouls</b>	<b>Tension artérielle</b>

IDEAL	120/70
MOYENNE	130/80
HYPERTENSION	>140/90



glycémie :  à jeûn  non à jeûn

<b>glycémie</b>	<b>Cholesterol total</b>

Normal	0,8 à 1,20 g/l
Anomalie glucidique <b>En discuter avec votre médecin traitant</b>	>1,2 g/l

**NUTRITION**

Evaluation de la masse grasseuse

<b>poids</b>	<b>taille</b>

<b>% de graisse</b>

<b>IMC</b>	<b>Tour de taille</b>

<b>% normal de graisse</b>

18,5 -24,9 : normal  
25 à 29,9 : surcharge pondérale  
30 et plus : obésité

Hommes >94cm  
Femmes >80 cm

Heure du dernier repas : .....

Petit-déjeuner : OUI - NON

Grignotage : OUI - NON



**EXERCICE PHYSIQUE**

Pratique exercice physique :

OUI - NON

Si OUI : quantité : ...../ jour  
: ...../semaine



**EAU**

Quantité d'eau bue/jour : .....  
(nombre de verres ou de litres)



**REPOS**

Nombre d'heures de sommeil/nuit:....  
Degré de stress : .....  
Sur une échelle de 10



**TEMPERANCE**

Consommation/jour :

- Alcool : .....
- Café : .....
- Tabac : .....
- Autres drogues : .....



**CONFIANCE EN DIEU**

Coaching / résultats

