



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

Date du prochain rendez-vous : _____

Mon journal alimentaire

Nom : _____

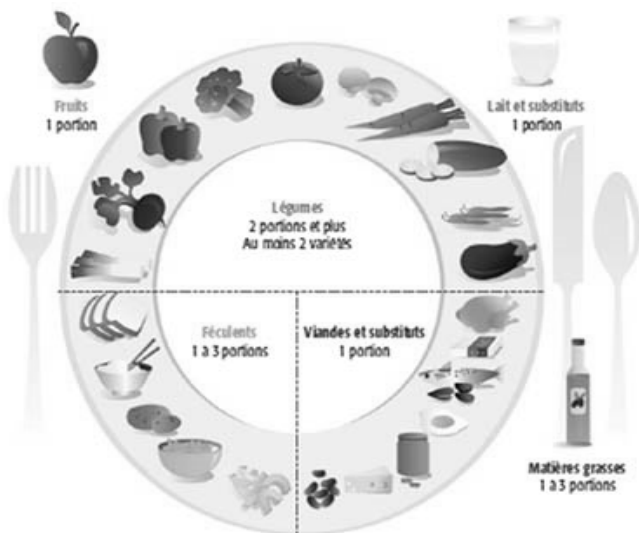
Numéro de téléphone : _____

Faire parvenir le journal alimentaire quelques jours avant le premier rendez-vous avec la nutritionniste, soit par :

Télécopieur : 418-656-4957

Ou par

Courriel : iucpq.nutrition.bariatrie@ssss.gouv.qc.ca



RAPPEL IMPORTANT

Le journal alimentaire doit être rempli et fourni à chacun de vos rendez-vous avec la nutritionniste.

Une absence non-motivée sera comptabilisée à votre dossier si le journal alimentaire est oublié.

Le journal alimentaire est un outil permettant d'avoir un aperçu de votre alimentation au cours d'une journée normale. Il permet de mettre en lumière certains aspects de vos habitudes qui devraient être travaillés avec la nutritionniste avant votre chirurgie afin de maximiser la réussite de cette dernière et d'obtenir les résultats escomptés.

Dans ce journal, chaque journée est représentée par une page. Sur cette page vous trouverez un tableau vous permettant de faire un relevé détaillé de tout ce que vous avez mangé et bu durant votre journée ainsi que des quantités de chaque aliment consommé. Veuillez également inscrire l'heure et le lieu du repas, la durée de ce dernier ainsi que les gens qui vous accompagnaient (amis, collègues, famille...). Vous trouverez également un endroit pour commenter votre niveau de faim avant le repas et votre niveau de satiété après le repas.

Si vous avez pratiqué une quelconque activité physique au cours de la journée c'est au bas de cette page que vous pourrez le noter.

À la page suivante, vous trouverez un exemple d'une journée complétée.

Sur la dernière page vous trouverez quelques questions de réflexion à compléter après avoir rempli votre journal alimentaire.

EXEMPLE DE JOURNAL ALIMENTAIRE

Date: _____

Déjeuner		Dîner		Souper	
Heure: 7h30 Lieu : à la maison		Heure: 12h15 Lieu : au travail		Heure: 17h30 Lieu : restaurant	
Avec qui: mes enfants		Avec qui: mes collègues		Avec qui: mon conjoint	
Temps consacré au repas : 15 min		Temps consacré au repas : 20 minutes		Temps consacré au repas : 25 minutes	
Quantité	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments
2	Protéine: oeufs	2 tr	Protéine: jambon	1 pavé	Protéine: saumon
2	Produit céréalier: tranches de pain blé entier	2 tr	Féculent: pain blanc	½ tasse	Féculent: riz blanc
1	Fruit: banane	1	Légume: feuille de salade	1 tasse	Légume: salade avec morceaux de tomates, concombres, poivrons
	Autres: 1 c. à thé de margarine	10	Mini-carottes	15 ml	Autres: vinaigrette
		1 c. à soupe	Autres: mayonnaise	1 morceau	gâteau au fromage
		1	pouding à la vanille		
Quantité	Brevages	Quantité	Brevages	Quantité	Brevages
1 tasse	Café (2 lait et 2 sucre)	250 ml	eau	1 coupe	vin blanc
Faim avant le repas <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Beaucoup		Satiété après le repas <input type="checkbox"/> Pas rempli <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Peu rempli <input type="checkbox"/> Très plein		Faim avant le repas <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Beaucoup	
Satiété après le repas <input type="checkbox"/> Pas rempli <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Peu rempli <input type="checkbox"/> Très plein		Faim avant le repas <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Beaucoup		Satiété après le repas <input type="checkbox"/> Pas rempli <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Peu rempli <input type="checkbox"/> Très plein	
Collation AM/Heure : 10h00 Raison pour la prendre : la faim		Collation PM/Heure : 15h15 Raison pour la prendre : envie de sucre		Collation soir/Heure : 21h30 Raison pour la prendre : habitude devant TV	
Quantité	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments
1 morceau	Fromage cheddar 30% MG	1	Barre de chocolat	100 g	Yogourt grec 2% MG
Quantité	Brevages	Quantité	Brevages	Quantité	Brevages
1 tasse	eau	200 ml	Jus de fruits 100% pur	375 ml	Thé noir

Activité physique pratiquée au cours de la journée : 30 minutes de marche

Date: _____

Déjeuner		Dîner		Souper			
Heure: _____ Lieu : _____		Heure: _____ Lieu : _____		Heure: _____ Lieu : _____			
Avec qui: _____		Avec qui: _____		Avec qui: _____			
Temps consacré au repas : _____		Temps consacré au repas : _____		Temps consacré au repas : _____			
Quantité	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments		
_____	<i>Protéine:</i> _____	_____	<i>Protéine:</i> _____	_____	<i>Protéine:</i> _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	<i>Produit céréalier:</i> _____	_____	<i>Féculent:</i> _____	_____	<i>Féculent:</i> _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	<i>Fruit:</i> _____	_____	<i>Légume:</i> _____	_____	<i>Légume:</i> _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	<i>Autres:</i> _____	_____	<i>Autres:</i> _____	_____	<i>Autres:</i> _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
Quantité	Brevages	Quantité	Brevages	Quantité	Brevages		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
Faim avant le repas <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Beaucoup		Satiété après le repas <input type="checkbox"/> Pas rempli <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Peu rempli <input type="checkbox"/> Très plein		Faim avant le repas <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Beaucoup		Satiété après le repas <input type="checkbox"/> Pas rempli <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Peu rempli <input type="checkbox"/> Très plein	
Collation AM/Heure : _____ Raison pour la prendre : _____		Collation PM/Heure : _____ Raison pour la prendre : _____		Collation soir/Heure : _____ Raison pour la prendre : _____			
Quantité	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
Quantité	Brevages	Quantité	Brevages	Quantité	Brevages		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		

Activité physique pratiquée au cours de la journée : _____

Date: _____

Déjeuner		Dîner		Souper							
Heure: _____ Lieu : _____		Heure: _____ Lieu : _____		Heure: _____ Lieu : _____							
Avec qui: _____		Avec qui: _____		Avec qui: _____							
Temps consacré au repas : _____		Temps consacré au repas : _____		Temps consacré au repas : _____							
Quantité	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments						
_____	<i>Protéine:</i> _____	_____	<i>Protéine:</i> _____	_____	<i>Protéine:</i> _____						
_____	_____	_____	_____	_____	_____						
_____	<i>Produit céréalier:</i> _____	_____	<i>Féculent:</i> _____	_____	<i>Féculent:</i> _____						
_____	_____	_____	_____	_____	_____						
_____	<i>Fruit:</i> _____	_____	<i>Légume:</i> _____	_____	<i>Légume:</i> _____						
_____	_____	_____	_____	_____	_____						
_____	<i>Autres:</i> _____	_____	<i>Autres:</i> _____	_____	<i>Autres:</i> _____						
_____	_____	_____	_____	_____	_____						
Quantité	Brevages	Quantité	Brevages	Quantité	Brevages						
_____	_____	_____	_____	_____	_____						
Faim avant le repas <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Beaucoup		Satiété après le repas <input type="checkbox"/> Pas rempli <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Peu rempli <input type="checkbox"/> Très plein		Faim avant le repas <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Beaucoup		Satiété après le repas <input type="checkbox"/> Pas rempli <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Peu rempli <input type="checkbox"/> Très plein		Faim avant le repas <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Beaucoup		Satiété après le repas <input type="checkbox"/> Pas rempli <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Peu rempli <input type="checkbox"/> Très plein	
Collation AM/Heure : _____		Collation PM/Heure : _____		Collation soir/Heure : _____							
Raison pour la prendre : _____		Raison pour la prendre : _____		Raison pour la prendre : _____							
Quantité	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments						
_____	_____	_____	_____	_____	_____						
_____	_____	_____	_____	_____	_____						
Quantité	Brevages	Quantité	Brevages	Quantité	Brevages						
_____	_____	_____	_____	_____	_____						
_____	_____	_____	_____	_____	_____						

Activité physique pratiquée au cours de la journée : _____

Date: _____

Déjeuner		Dîner		Souper			
Heure: _____ Lieu : _____		Heure: _____ Lieu : _____		Heure: _____ Lieu : _____			
Avec qui: _____		Avec qui: _____		Avec qui: _____			
Temps consacré au repas : _____		Temps consacré au repas : _____		Temps consacré au repas : _____			
Quantité	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments		
_____	Protéine: _____	_____	Protéine: _____	_____	Protéine: _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	Produit céréalier: _____	_____	Féculent: _____	_____	Féculent: _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	Fruit: _____	_____	Légume: _____	_____	Légume: _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	Autres: _____	_____	Autres: _____	_____	Autres: _____		
Quantité	Brevages	Quantité	Brevages	Quantité	Brevages		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
Faim avant le repas <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Beaucoup		Satiété après le repas <input type="checkbox"/> Pas rempli <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Peu rempli <input type="checkbox"/> Très plein		Faim avant le repas <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Beaucoup		Satiété après le repas <input type="checkbox"/> Pas rempli <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Peu rempli <input type="checkbox"/> Très plein	
Collation AM/Heure : _____ Raison pour la prendre : _____		Collation PM/Heure : _____ Raison pour la prendre : _____		Collation soir/Heure : _____ Raison pour la prendre : _____			
Quantité	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
Quantité	Brevages	Quantité	Brevages	Quantité	Brevages		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		

Activité physique pratiquée au cours de la journée : _____

Date: _____

Déjeuner		Dîner		Souper			
Heure: _____ Lieu : _____		Heure: _____ Lieu : _____		Heure: _____ Lieu : _____			
Avec qui: _____		Avec qui: _____		Avec qui: _____			
Temps consacré au repas : _____		Temps consacré au repas : _____		Temps consacré au repas : _____			
Quantité	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments		
_____	Protéine: _____	_____	Protéine: _____	_____	Protéine: _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	Produit céréalier: _____	_____	Féculent: _____	_____	Féculent: _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	Fruit: _____	_____	Légume: _____	_____	Légume: _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	Autres: _____	_____	Autres: _____	_____	Autres: _____		
Quantité	Brevages	Quantité	Brevages	Quantité	Brevages		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
Faim avant le repas <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Beaucoup		Satiété après le repas <input type="checkbox"/> Pas rempli <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Peu rempli <input type="checkbox"/> Très plein		Faim avant le repas <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Beaucoup		Satiété après le repas <input type="checkbox"/> Pas rempli <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Peu rempli <input type="checkbox"/> Très plein	
Collation AM/Heure : _____ Raison pour la prendre : _____		Collation PM/Heure : _____ Raison pour la prendre : _____		Collation soir/Heure : _____ Raison pour la prendre : _____			
Quantité	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
Quantité	Brevages	Quantité	Brevages	Quantité	Brevages		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		

Activité physique pratiquée au cours de la journée : _____

Date: _____

Déjeuner		Dîner		Souper			
Heure: _____ Lieu : _____		Heure: _____ Lieu : _____		Heure: _____ Lieu : _____			
Avec qui: _____		Avec qui: _____		Avec qui: _____			
Temps consacré au repas : _____		Temps consacré au repas : _____		Temps consacré au repas : _____			
Quantité	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments		
_____	<i>Protéine:</i> _____	_____	<i>Protéine:</i> _____	_____	<i>Protéine:</i> _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	<i>Produit céréalier:</i> _____	_____	<i>Féculent:</i> _____	_____	<i>Féculent:</i> _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	<i>Fruit:</i> _____	_____	<i>Légume:</i> _____	_____	<i>Légume:</i> _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	<i>Autres:</i> _____	_____	<i>Autres:</i> _____	_____	<i>Autres:</i> _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
Quantité	Brevages	Quantité	Brevages	Quantité	Brevages		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
Faim avant le repas <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Beaucoup		Satiété après le repas <input type="checkbox"/> Pas rempli <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Peu rempli <input type="checkbox"/> Très plein		Faim avant le repas <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Beaucoup		Satiété après le repas <input type="checkbox"/> Pas rempli <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Peu rempli <input type="checkbox"/> Très plein	
Collation AM/Heure : _____ Raison pour la prendre : _____		Collation PM/Heure : _____ Raison pour la prendre : _____		Collation soir/Heure : _____ Raison pour la prendre : _____			
Quantité	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
Quantité	Brevages	Quantité	Brevages	Quantité	Brevages		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		

Activité physique pratiquée au cours de la journée : _____

Date: _____

Déjeuner		Dîner		Souper			
Heure: _____ Lieu : _____		Heure: _____ Lieu : _____		Heure: _____ Lieu : _____			
Avec qui: _____		Avec qui: _____		Avec qui: _____			
Temps consacré au repas : _____		Temps consacré au repas : _____		Temps consacré au repas : _____			
Quantité	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments		
_____	<i>Protéine:</i> _____	_____	<i>Protéine:</i> _____	_____	<i>Protéine:</i> _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	<i>Produit céréalier:</i> _____	_____	<i>Féculent:</i> _____	_____	<i>Féculent:</i> _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	<i>Fruit:</i> _____	_____	<i>Légume:</i> _____	_____	<i>Légume:</i> _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	<i>Autres:</i> _____	_____	<i>Autres:</i> _____	_____	<i>Autres:</i> _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
Quantité	Brevages	Quantité	Brevages	Quantité	Brevages		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
Faim avant le repas <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Beaucoup		Satiété après le repas <input type="checkbox"/> Pas rempli <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Peu rempli <input type="checkbox"/> Très plein		Faim avant le repas <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Beaucoup		Satiété après le repas <input type="checkbox"/> Pas rempli <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Peu rempli <input type="checkbox"/> Très plein	
Collation AM/Heure : _____ Raison pour la prendre : _____		Collation PM/Heure : _____ Raison pour la prendre : _____		Collation soir/Heure : _____ Raison pour la prendre : _____			
Quantité	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
Quantité	Brevages	Quantité	Brevages	Quantité	Brevages		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		

Activité physique pratiquée au cours de la journée : _____

Date: _____

Déjeuner		Dîner		Souper			
Heure: _____ Lieu : _____		Heure: _____ Lieu : _____		Heure: _____ Lieu : _____			
Avec qui: _____		Avec qui: _____		Avec qui: _____			
Temps consacré au repas : _____		Temps consacré au repas : _____		Temps consacré au repas : _____			
Quantité	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments		
_____	Protéine: _____	_____	Protéine: _____	_____	Protéine: _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	Produit céréalier: _____	_____	Féculent: _____	_____	Féculent: _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	Fruit: _____	_____	Légume: _____	_____	Légume: _____		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
_____	Autres: _____	_____	Autres: _____	_____	Autres: _____		
Quantité	Brevages	Quantité	Brevages	Quantité	Brevages		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
Faim avant le repas <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Beaucoup		Satiété après le repas <input type="checkbox"/> Pas rempli <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Peu rempli <input type="checkbox"/> Très plein		Faim avant le repas <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Beaucoup		Satiété après le repas <input type="checkbox"/> Pas rempli <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Peu rempli <input type="checkbox"/> Très plein	
Collation AM/Heure : _____ Raison pour la prendre : _____		Collation PM/Heure : _____ Raison pour la prendre : _____		Collation soir/Heure : _____ Raison pour la prendre : _____			
Quantité	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		
Quantité	Brevages	Quantité	Brevages	Quantité	Brevages		
_____	_____	_____	_____	_____	_____		

Activité physique pratiquée au cours de la journée : _____

Petite réflexion sur mon journal alimentaire

Après avoir rempli votre journal :

Quels constats positifs faites-vous au niveau de votre alimentation?

Qu'est-ce qui pourrait être amélioré selon vous?

Sur une échelle de 0 à 10, dans quelle mesure vous sentez vous confiant de pouvoir faire des changements dans votre alimentation?

Sur une échelle de 0-10, quel est le degré d'importance que vous accordez aux changements alimentaires en prévision de votre chirurgie bariatrique?
