Nom et Prénom du patient : . . . . . .

[N° anonymisation (Initiales Nom Prénom Médecin / Initiales Nom Prénom Patient / Age patient) : . . . . . / . . . . . / . . . . . .] Date : . . . / . . . / . . .

(1ère consultation)

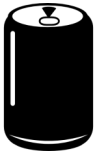
NOTEZ CHAQUE LIQUIDE BU CES 24 DERNIÈRES HEURES, À PARTIR D'HIER À LA MÊME HEURE, JUSQU'À CETTE CONSULTATION.

1. Pour chaque type de boisson, marquer « X » dans la bulle OUI si vous avez bu cette boisson ou « X » dans la bulle NON si vous n'en avez pas bu.

2. Si OUI, pour chaque type de boisson bue, marquer « X » dans la ou les bulle(s) correspondant(es) à la quantité approximative de boisson ingérée ces 24 dernières heures.

Par exemple, si vous avez bu 3 verres d'eau, la moitié d'une bouteille d'eau de 1.5 litres et une tasse de café, marquer « X » dans la bulle « 2-4 verres » de la ligne eau, marquer « X » dans la bulle « 1/2-1 bouteille » de la ligne eau et marquer « X » dans la bulle « <1 verre » de la ligne café.

3. Si ce que vous avez bu ne correspond à aucune case, veuillez préciser dans "Autres" en bas du tableau.



	AVEZ-VOUS BU ?		VERRE (ou TASSE)				CANETTE				BOUTEILLE				
TYPE DE BOISSON	**OUI**	**NON**	**< 1** (moins d'un verre soit 1 tasse)	**1** (un verre soit 2 tasses)	**2-4** (entre 2 et 4 verres soit entre 4 et 6 tasses)	**5+** (5 verres ou plus)	**<1** (moins d'une canette)	**1** (une canette)	**1-3** (entre 1 et 3 canettes)	**3+** (3 canettes ou plus)	**<1/2** (moins d'une demi-bouteille soit moins de 0.75L)	**1/2 - 1** (entre une demi-bouteille et une bouteille soit entre 0.75L et 1.5L)	**1** (1 grande bouteille de 1.5L)	**1 - 2** (entre 1 et 2 bouteilles soit entre 1.5L et 3L)	**2+** (2 bouteilles ou plus soit 3L ou plus)
Eau (plate, gazeuse)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Jus de fruit	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Sirops (limonade, grenadine)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Cola	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Autres sodas	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Lait (et produits laitiers buvables)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Café ou thé	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Soluté de réhydratation orale	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Alcool	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O

Autre(s) : . . . . . .

[N° anonymisation (Initiales Nom Prénom Médecin / Initiales Nom Prénom Patient / Age patient) : . . . . . / . . . . . / . . . . . .] Date : . . . / . . . / . . .

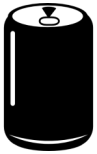
NOTEZ CHAQUE LIQUIDE BU CES 24 DERNIÈRES HEURES, À PARTIR D'HIER À LA MÊME HEURE, JUSQU'À CETTE CONSULTATION.

1. Pour chaque type de boisson, marquer « X » dans la bulle OUI si vous avez bu cette boisson ou « X » dans la bulle NON si vous n'en avez pas bu.

2. Si OUI, pour chaque type de boisson bue, marquer « X » dans la ou les bulle(s) correspondant(es) à la quantité approximative de boisson ingérée ces 24 dernières heures.

Par exemple, si vous avez bu 3 verres d'eau, la moitié d'une bouteille d'eau de 1.5 litres et une tasse de café, marquer « X » dans la bulle « 2-4 verres » de la ligne eau, marquer « X » dans la bulle « 1/2-1 bouteille » de la ligne eau et marquer « X » dans la bulle « <1 verre » de la ligne café.

3. Si ce que vous avez bu ne correspond à aucune case, veuillez préciser dans "Autres" en bas du tableau.



	AVEZ-VOUS BU ?		VERRE (ou TASSE)				CANETTE				BOUTEILLE				
TYPE DE BOISSON	**OUI**	**NON**	**< 1** (moins d'un verre soit 1 tasse)	**1** (un verre soit 2 tasses)	**2-4** (entre 2 et 4 verres soit entre 4 et 6 tasses)	**5+** (5 verres ou plus)	**<1** (moins d'une canette)	**1** (une canette)	**1-3** (entre 1 et 3 canettes)	**3+** (3 canettes ou plus)	**<1/2** (moins d'une demi-bouteille soit moins de 0.75L)	**1/2 - 1** (entre une demi-bouteille et une bouteille soit entre 0.75L et 1.5L)	**1** (1 grande bouteille de 1.5L)	**1 - 2** (entre 1 et 2 bouteilles soit entre 1.5L et 3L)	**2+** (2 bouteilles ou plus soit 3L ou plus)
Eau (plate, gazeuse)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Jus de fruit	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Sirops (limonade, grenadine)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Cola	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Autres sodas	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Lait (et produits laitiers buvables)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Café ou thé	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Soluté de réhydratation orale	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Alcool	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O

Autre(s) : . . . . . .