

Enquête sur vos habitudes alimentaires et votre mobilité

Sexe : F H

Age :

Rue :

Commune :

1. Vous vivez :

- Seul
- Avec votre conjoint
- Avec vos enfants
- Avec vos frères/sœurs
- Autres

2. Quel est l'âge de votre entourage (vivant avec vous) ?

3. Quelle est votre ancienne activité professionnelle ?

- Agriculteur, exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre
- Ouvrier
- Autre.....

Vos habitudes alimentaires

1. Quelle est la composition générale de votre déjeuner et dîner ? *Cochez les réponses*

	Entrée	Plat	Fromage	Dessert	Autres
Déjeuner					
Dîner					

2. Quelle est la durée moyenne de vos repas ?

	Durée (minutes)
Petit déjeuner	
Déjeuner	
Dîner	

3. Quelle est la composition de vos repas ? Cochez les réponses et indiquez la fréquence

	Petit-déjeuner	Déjeuner	Dîner	Fréquence par semaine
Café - Thé				
Jus de fruits				
Lait				
Yaourt, fromage blanc...				
Fromage				
Pain				
Biscottes				
Céréales du petit déjeuner				
Féculents (pâte, riz, blé...)				
Légumes secs (lentilles, pois chiche...)				
Viande, Poisson				
Œufs				
Charcuterie				
Légumes				
Fruits				
Beurre – Margarine - Huile				
Sucre				
Pâte à tartiner				
Confiture - Miel				
Crème dessert				
Glace				
Chocolat				
Biscuits				
Autres				

4. Vous arrive-t-il de faire une collation dans la journée ?

- Oui
- Non

5. Si oui, à quel moment de la journée et de quel type ? Cochez les réponses

	Matinée	Après-midi	Soirée
Fruits			
Laitage			
Sucré (biscuits, bonbons, chocolat, miel...)			
Salé (gâteaux apéritifs, fromages, charcuterie...)			
Pain			
Viennoiseries			
Autres			

6. Quelle est la fréquence de vos collations par semaine ? cochez la réponse

- Quotidiennement (*au moins une fois par jour*)
- Régulièrement (*au moins quatre fois par semaine*)
- Occasionnellement (*moins de deux fois par semaine*)
- Jamais

7. Combien de verres d'eau buvez-vous par jour en moyenne ?

8. Vous arrive-t-il de boire autre chose que de l'eau, si oui, indiquez la fréquence (nombre de verres) ?

	Par jour	Par semaine
Vin		
Spiritueux		
Boissons sucrées		
Jus de fruits		
Thé-café		

9. Vous arrive-t-il de saler un plat avant de le goûter ?

- Oui
- Non

10. Combien de temps passez-vous à préparer vos repas ?.....

11. Vous arrive-t-il de consommer des plats préparés ? (conserves, plats surgelés ou frais...) Si oui, cochez les réponses :

	Déjeuner	Dîner	Fréquence par semaine
À base de viande/abats (<i>lasagnes, hachis Parmentier, raviolis ...</i>)			
À base de poisson (<i>brandade de morue, saumon à l'oseille, coquille de poisson</i>)			
À base de légumes (<i>palets de légumes, ratatouille, gratin...</i>)			
À base de pâte (<i>feuilleté au fromage, pizza, quiche...</i>)			

12. Bénéficiez-vous du service de portage de repas à domicile ? Si oui, à quelle fréquence ? Cochez les jours de portage de repas

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Midi							
Soir							

13. Comment jugeriez-vous la qualité des repas livrés ?

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médiocre | <input type="checkbox"/> Bien |
| <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Très bien |
| <input type="checkbox"/> Satisfaisant | <input type="checkbox"/> Excellent |

14. Que faudrait-il modifier ? (quantité, qualité, diversité, horaires).....

15. Vos repas sont-ils préparés par une personne extérieure ?

- Oui
 Non

Si oui, précisez la fonction de cette personne :

- Aide à domicile
 Voisin
 Autre.....

16. Existe-il-des aliments que vous avez éliminés de votre alimentation ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Viande | <input type="checkbox"/> Produits laitiers |
| <input type="checkbox"/> Poisson | <input type="checkbox"/> Féculents |
| <input type="checkbox"/> Œufs | <input type="checkbox"/> Sucre |
| <input type="checkbox"/> Matières grasses | <input type="checkbox"/> Autres (Précisez) : |

17. Suivez-vous un/des régime(s) particulier(s) ?

- Oui, le(s)quel(s) ?
 Non

18. Si vous suivez un/des régime(s) particulier(s), est/sont-il(s) en lien avec une/des pathologie(s) ? Si oui, laquelle/lesquelles ?

.....

19. Souffrez-vous d'allergie(s) et/ou d'intolérance(s) alimentaire(s) ?

- Oui, laquelle/lesquelles ?
 Non

20. Souffrez-vous de problèmes bucco-dentaires (aphtes, édentition, problème de déglutition,...) ?

- Oui, le(s)quel(s) ?
 Non

21. Avez-vous un appareil pour y remédier ?

- Oui, le(s)quel(s) ?
 Non, Pourquoi ?

Votre mobilité

1. Pratiquez-vous des activités physiques et/ou sportives et à quelle fréquence?
Cochez la/les réponse(s)

	Quotidiennement	Régulièrement (plusieurs fois par semaine)	De temps en temps (plusieurs fois par mois)	Rarement (moins d'une fois par mois)	Jamais
Ménage					
Bricolage					
Jardinage					
Marche à pied					
Randonnée					
Danse					
Relaxation					
Gymnastique					
Sports collectifs					
Cyclisme					
Sports d'hiver					
Natation					
Autres (précisez)					

2. Pensez-vous marcher au moins 30 minutes par jour ?

- Oui, si vous marchez plus de 30 minutes par jour, précisez combien :.....
- Non

3. Quelles sont les principales raisons de vos déplacements et quelle en est la fréquence ? *Cochez la/les réponse(s)*

	Quotidiennement	Régulièrement (plusieurs fois par semaine)	De temps en temps (plusieurs fois par mois)	Rarement (moins d'une fois par mois)	Jamais
Santé					
Course					
Vie sociale					
Vacances					
Famille					
Loisirs					
Administratif					

4. Faites-vous vos courses vous-même ?

- Oui
- Non, pourquoi ?

5. Quels moyens de locomotion utilisez-vous pour aller faire vos courses ? *Plusieurs réponses sont possibles*

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Vélo | <input type="checkbox"/> Transport en commun |
| <input type="checkbox"/> Voiture | <input type="checkbox"/> Transports CCAS |
| <input type="checkbox"/> A pied | <input type="checkbox"/> Autres : |

6. Êtes-vous satisfait des moyens de transport existant à votre disposition ?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Oui |
| <input type="checkbox"/> Non, pourquoi ? |

7. Possédez-vous un dispositif d'aide à la locomotion ?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Canne | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant |
| <input type="checkbox"/> Déambulateur | <input type="checkbox"/> Aucun |

8. Rencontrez-vous des problèmes pour vous déplacer ?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Oui, Précisez lesquels : |
| <input type="checkbox"/> Non |

9. Quels aménagements publics vous permettraient d'être plus autonome dans vos déplacements ?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Bancs supplémentaires |
| <input type="checkbox"/> Arrêts de bus supplémentaires |
| <input type="checkbox"/> Autres |

Informations complémentaires

1. Si des ateliers en rapport avec l'alimentation et la mobilité (gymnastique d'entretien) étaient mis en place, seriez-vous intéressés pour y assister ?
.....

2. Par quels thèmes seriez-vous intéressés ?.....

3. Souhaiteriez-vous recevoir des informations complémentaires sur ces sujets

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Oui, de quelle manière ? |
| <input type="checkbox"/> Non |