CA LS - Annexe à retourner - Habitudes alimentaires

NOM : _____ **Prénom :** _____

Nous vous remercions de mettre une croix dans la case correspondante pour nous indiquer vos habitudes alimentaires. Veuillez ensuite nous le retourner rapidement.

BOISSONS

	Déjeuner	Dîner	Goûter	Souper	Nuit
Café					
Décaféiné					
Thé					
Tisane					
Jus orange					
Chocolat chaud					
Lait chaud					
Lait froid					
Vin					
Eau minérale					

☐ boissons chaudes sucrées ☐ boissons chaudes édulcorées ☐ boissons chaudes sans sucre

REGIME SUR ORDRE MEDICAL (à spécifier) **:** _____

TEXTURES ALIMENTAIRES

	Déjeuner	Dîner	Souper
Normale			
Viande hachée			
Viande coupée			
Tout haché			
Tout mixé			
Liquide			

DEJEUNER

	Portion normale	Petite portion	N'aime pas	Contre-indiqué
Biscotte				
Pain				
Bircher				
Beurre				
Confiture				
Miel				
Yaourt				
Fromage				
Potages				

CA LS - Annexe à retourner - Habitudes alimentaires

DINER ET SOUPER

	Portion normale	Petite portion	N'aime pas	Contre-indiqué
Viandes				
Veau				
Bœuf				
Porc				
Volaille				
Cheval				
Gibier				
Abats				
poissons				
Filets de perches				
Poisson poché				
Poisson grillé				
Poisson frit				
Pâtes				
Pommes de terre				
Légumes				
Asperges				
Carottes				
Céleris				
Choucroute				
Choux				
Choux-fleurs				
Côtes de bettes				
Courgettes				
Epinards				
Haricots				
Petits pois				
Poireaux				
Poivrons				
Riz				
Polenta				
Mets aux œufs				
Omelette				
Œufs durs				
Œufs brouillés				
Salades				
Verte				
Mixte				
Carottes				
Betteraves rouges				
Rampon				
Endives				
Tomates				
Concombres				
Céleri				
Tartes				
Fromages				
Chauds				
froids				

DINER ET SOUPER (suite)

	Portion normale	Petite portion	N'aime pas	Contre-indiqué
Desserts				
Crèmes				
Tartes				
glaces				
Autres				
Croûtes dorées				

VOS REMARQUES :

Date : _____ Signature du répondant _____