

ATELIER
PLAISIR DE MANGER

PARTIE 2

ONCOLOGIE

QUESTIONNAIRE POST-ATELIER
INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Ville de résidence :

Profession :

Situation familiale :

E-mail :

2. Vos habitudes alimentaires

1. Comment décririez-vous votre appétit actuellement ?
 - ☐ Bon
 - ☐ Moyen
 - ☐ Faible
 - ☐ Très faible
 2. Avez-vous rencontré des difficultés pour manger ces derniers temps ?
.....
 3. Avez-vous modifié votre alimentation depuis le début de l'atelier ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

Si oui, précisez comment :
.....
 4. Mangez-vous seul(e) ou accompagné(e) le plus souvent ?
 - ☐ Seul(e)
 - ☐ En famille / en couple
 - ☐ Autre :
 5. Suivez-vous actuellement des conseils d'un(e) diététicien(ne) ou d'un professionnel de santé ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
-

3. Vos connaissances et attentes

1. Comment évalueriez-vous vos connaissances sur le sujet à la fin de cet atelier?

- ☐ Faibles
- ☐ Moyennes
- ☐ Bonnes

2. Avez-vous progressé grâce à cet atelier sur les sujets suivants ?

- ☐ Que manger pendant les traitements
- ☐ Gérer les effets secondaires (nausées, perte de goût, fatigue, etc.)
- ☐ Retrouver l'appétit ou le plaisir de manger
- ☐ Idées de repas simples et adaptés
- ☐ Alimentation et immunité
- ☐ Autre :

3. Avez-vous d'autres attentes ?

.....

5. Commentaires ou suggestions

Quelle session vous a particulièrement plu ?

Avez-vous une question, une attente particulière ou un message pour l'intervenant(e) ?

.....
.....

Commentaires personnels :