

Questionnaire sur l'alimentation de votre enfant entre 2 et 3 mois

Mode d'emploi :

Ce questionnaire porte sur l'alimentation de votre enfant entre l'âge de 2 et 3 mois.

Quand il vous est demandé d'indiquer une consommation d'une journée-type, choisissez un jour de la semaine où votre enfant n'est pas malade.

Pour toute question, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse suivante: communaute@elfe-france.fr

Suivant >>

Sortir et effacer le questionnaire

Charger un questionnaire non terminé

L'enfant a-t-il vécu avec vous entre 2 et 3 mois?

*

- Oui
- Non. Dans ce cas, le questionnaire est terminé, nous vous renverrons un nouveau questionnaire le mois prochain.

<< Précédent

Suivant >>

Indiquez la consommation de lait de votre bébé lors d'une journée type vers l'âge de 3 mois

* Si vous allaitez votre enfant, merci d'indiquer le nombre de tétées par 24h (si votre enfant reçoit exclusivement un lait pour nourrisson (pas de lait maternel), merci d'indiquer "0" dans la case "nombre de tétées")

* Si vous donnez du lait infantile, merci d'indiquer le nombre de biberons par 24h (si votre enfant reçoit exclusivement du lait maternel (pas de lait pour nourrisson), merci d'indiquer "0" dans la case "nombre de biberons")

* Quantité habituelle préparée pour un biberon (ml)

* Marque du lait que vous avez utilisé le plus longtemps sur la période

<< Précédent

Suivant >>

Indiquez la fréquence à laquelle votre bébé a consommé les aliments ou boissons suivants - Partie 1

| | | Pas encore introduit | Une seule fois | Plusieurs fois | Souvent | Tous les jours ou presque | Ne sait pas |
|---|---|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
|  | Jus de fruits | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Autres boissons sucrées (par exemple tisanes pour bébé, sirops, etc.) | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Eau en bouteille (hors biberon de lait en poudre) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Eau du robinet (hors biberon de lait en poudre) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Lait de vache entier | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Lait de vache écrémé ou demi écrémé | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
|  | Autre(s) lait(s) | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |

<< Précédent

Suivant >>

Indiquez la fréquence à laquelle votre bébé a consommé les aliments ou boissons suivants - Partie 2

★

| | | Pas encore introduit | Une seule fois | Plusieurs fois | Souvent | Tous les jours ou presque | Ne sait pas |
|---|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
|  | Céréales infantiles | <input type="radio"/> |
|  | Pommes de terre | <input type="radio"/> |
|  | Haricots verts | <input type="radio"/> |
|  | Carottes ou potiron | <input checked="" type="radio"/> |
|  | Petits pois | <input type="radio"/> |
|  | Artichaut ou épinard | <input type="radio"/> |
|  | Autre(s) légume(s) | <input type="radio"/> |

<< Précédent

Suivant >>

Indiquez la fréquence à laquelle votre bébé a consommé les aliments ou boissons suivants - Partie 3

★

| | | Pas encore introduit | Une seule fois | Plusieurs fois | Souvent | Tous les jours ou presque | Ne sait pas |
|---|------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
|  | Pâtes ou riz | <input type="radio"/> |
|  | Pain | <input type="radio"/> |
|  | Viande ou jambon | <input type="radio"/> |
|  | Poisson | <input checked="" type="radio"/> |
|  | Jaune d'œuf | <input type="radio"/> |
|  | Blanc d'œuf | <input type="radio"/> |
|  | Fromage | <input type="radio"/> |

<< Précédent

Suivant >>

Indiquez la fréquence à laquelle votre bébé a consommé les aliments ou boissons suivants - Partie 4

*

| | | Pas encore introduit | Une seule fois | Plusieurs fois | Souvent | Tous les jours ou presque | Ne sait pas |
|---|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
|  | Yaourts ou petits suisses | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Pomme ou poire | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Banane | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Fraise ou framboise | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Pêche ou abricot | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

<< Précédent

Suivant >>

Avez-vous ajouté ou utilisé dans l'alimentation de votre bébé les ingrédients ou aliments suivants ?

*

| | Jamais | Parfois | Souvent | Toujours ou presque | Ne sait pas |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Du sucre | <input type="radio"/> |
| Du sel | <input type="radio"/> |
| Du beurre ou de la crème | <input type="radio"/> |
| De l'huile ou de la margarine | <input type="radio"/> |
| Des aliments sans gluten | <input type="radio"/> |
| Des produits "bio" | <input type="radio"/> |
| Des légumes ou fruits écrasés ou en petits morceaux (non mixés) | <input type="radio"/> |
| Des aliments pour bébés du commerce (en dehors du lait et autre boisson) | <input type="radio"/> |

<< Précédent

Suivant >>

Votre enfant a-t-il goûté du champagne ou autre alcool (même dilué, ou sur le bout du doigt) ?

*

Oui
 Non
 Ne sait pas

<< Précédent

Envoyer