

Compléments alimentaires en population générale

Introduction

Les compléments alimentaires peuvent représenter une part importante des apports en **vitamines, minéraux et autres composés** chez les personnes qui en consomment. Il est donc important pour les chercheurs de savoir, de façon précise, si vous consommez (ou avez consommé) ce type de produits, et si oui, lesquels. Comme tous les questionnaires NutriNet-Santé, ce questionnaire n'a aucune visée commerciale. Si les noms et les marques des produits consommés sont demandés, c'est parce que la composition nutritionnelle est très variable d'un complément alimentaire à l'autre.

Définition d'un complément alimentaire : Les compléments alimentaires sont des vitamines, des minéraux, des oligo-éléments, des extraits ou concentrés de plantes, des acides aminés, des protéines, des acides gras essentiels (oméga 3 par exemple), des phyto-œstrogènes, ou tout autre type de compléments à l'alimentation sous forme de pilules, comprimés, gélules, sachet de poudre, sirop, etc.

Par exemple, lorsque vous consommez des comprimés de vitamine C ou que vous faites des cures de magnésium ou de levure de bière (en comprimé ou en paillettes), il s'agit de compléments alimentaires.

Il peut parfois s'agir de médicaments, prescrits ou pas par un médecin et pouvant être éventuellement remboursés. Notamment, ceux riches en vitamines, minéraux, etc. doivent être déclarés dans ce questionnaire (comme par exemple les médicaments anti-ostéoporose riches en vitamines D ou en calcium).

Les aliments enrichis ou diététiques (exemple : céréales, substituts de repas sous forme de crèmes dessert, jus de fruits, le sel iodé et/ou fluoré, etc.), ne sont pas des compléments alimentaires.

Attention : si vous ne consommez pas de compléments alimentaires, il est important que vous répondiez tout de même à ce questionnaire. Cela ne vous prendra que quelques secondes.

Votre consommation au cours des 12 derniers mois - Partie 1

Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de prendre un ou des compléments alimentaires ?

Oui ☐ Non ☐

Que contenaient ce ou ces compléments alimentaires ? (plusieurs réponses possibles)

Cochez tous les nutriments correspondants (qu'ils soient présents en association dans le même produit ou bien dans des produits différents). Pour répondre à cette question, aidez-vous des emballages et notices des produits.

Calcium

Sélénium

Zinc

Fer

Magnésium

Fluor

Phosphore

Iode

Autres minéraux/oligoéléments (potassium, cuivre, lithium, chrome, manganèse...)

Vitamine B1 (thiamine)

Vitamine B2 (riboflavine)

Vitamine B3 (vitamine PP, niacine)

Vitamine B5 (acide pantothénique)

Vitamine B6 (pyridoxine)

Vitamine B8 (biotine)

Folates (acide folique, vitamine B9)

Vitamine B12 (cobalamines)

Vitamine C (acide ascorbique)

Vitamine D (vitamine D3, calciférol, cholécalciférol, vitamine D2, ergocalciférol, calcitriol)

Vitamine E (tocophérols, tocotriénols)

Vitamine A (rétinol)

Bêta-carotène

☐ Bêta-carotène
☐ Lutéine
☐ Zéaxanthine
☐ Lycopène
☐ Vitamine K
☐ Polyphénols (catéchine, resvératrol)
☐ Acides gras Oméga 3
☐ Huile d'onagre, huile de bourrache, huile de foie de morue (sous forme de compléments alimentaires)
☐ Phytoestrogènes (extraits de soja, de sauge)
☐ Phytoprogestagènes (extraits de Yam, de Gattilier)
☐ Fibres (attention : sous forme de compléments et pas de céréales du petit déjeuner...)
☐ Acides aminés (taurine, arginine, etc.)/Protéines (attention : sous forme de compléments et pas d'aliments diététiques riches en protéines)
☐ Gui
☐ Acérola, guarana ou canneberge (cranberry)
☐ Ginseng
☐ DHEA
☐ Trèfle rouge
☐ Luzerne
☐ Igname sauvage
☐ Cohosh noir
☐ Huile de lin
☐ Echinacées
☐ Desmodium
☐ Je ne sais pas
☐ Autre
Veuillez préciser :

**Indiquez le nom et la marque d'un complément alimentaire que vous avez consommé au moins une fois au cours des 12 DERNIERS MOIS, que votre consommation ait été quotidienne, sous forme de cure ou irrégulière : Tapez les premières lettres du nom ou de la marque du produit. Une liste de 20 propositions (maximum) vous sera proposée.
Si vous ne trouvez pas votre produit dans cette liste, veuillez compléter votre saisie en tapant des lettres supplémentaires.**

Je n'ai pas trouvé

Forme de présentation du produit :

- ☐ Comprimé
☐ Gélule
☐ Ampoule
☐ Capsule
☐ Sachet de poudre
☐ Cuillère à café de poudre
☐ Cuillère à soupe de poudre
☐ Cuillère à café de sirop ou liquide
☐ Cuillère à soupe de sirop ou liquide
☐ Autre

Veuillez préciser :

Au total, sur les 12 derniers mois, combien de jours environ avez-vous consommé ce produit ?

jour(s)

Même si vous n'êtes pas sûr(e) du chiffre précis, mettez l'approximation qui vous semble la plus réaliste.

En général les jours où vous avez consommé ce produit, combien d'unités (gélule, comprimé, ampoule, cuillère, etc.) preniez-vous ?

unité(s) par jour de consommation

Vous avez déclaré précédemment une forme de présentation pour ce produit (comprimé ou cuillère à café de poudre ou ampoule, etc.). Indiquez ici le nombre d'unité correspondant à cette forme de présentation. Par exemple, si vous avez déclaré que le produit se présentait sous forme de cuillère à café de liquide, combien de cuillères à café en preniez-vous en général, les jours où vous avez consommé ce produit. Si les quantités étaient variables d'un jour à l'autre, merci d'indiquer une valeur moyenne.

Vous consommez ce complément alimentaire (même de manière occasionnelle ou sous forme de cures) :

- ☐ Depuis moins d'un an
- ☐ Depuis 1-2 ans
- ☐ Depuis 3-5 ans
- ☐ Depuis 5-10 ans
- ☐ Depuis plus de 10 ans

Un des médecins qui vous suit (généraliste ou spécialiste) est-il au courant que vous consommez ce produit ?

Oui ☐ Non

Pour quelle(s) raison(s) : (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Je pense que les médecins n'ont pas besoin d'être au courant
- ☐ Les médecins n'ont jamais demandé
- ☐ Je pense que les médecins ne pourraient pas comprendre
- ☐ Je pense que les médecins désapprouveraient

Avez-vous acheté ce produit sur prescription médicale (c'est à dire sur ordonnance) ?

Oui ☐ Non

Précisez quel type de médecin (généraliste, médecin homéopathe, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un médecin (sans ordonnance) ?

Oui ☐ Non

Précisez quel type de médecin (généraliste, médecin homéopathe, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un pharmacien ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un diététicien ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un autre professionnel de santé ?

Oui ☐ Non

Précisez quel type de professionnel :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un professionnel de l'activité physique ou sportive ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit sur un conseil reçu en magasin (hors pharmacie) ?

Oui ☐ Non

Précisez quel magasin :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un parent, ami ou proche ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit parce que vous avez vu une publicité ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit parce que vous en avez entendu parler dans un livre ?

Oui ☐ Non

Précisez quel livre :

Avez-vous acheté ce produit parce que vous en avez entendu parler dans les médias ?

Oui ☐ Non

Précisez quel(s) média(s) (reportage à la TV, article dans un magazine, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit parce que vous avez découvert le produit par vous-même en magasin ou sur internet et que ses caractéristiques vous ont incité(e) à l'acheter (prix, composition, présentation, allégation santé, etc.) ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit pour une autre raison que celles mentionnées précédemment ?

Oui ☐ Non

Précisez cette autre raison :

Dans quel(s) but(s) consommez-vous (ou avez-vous consommé) ce complément alimentaire ? (plusieurs réponses possibles)

Raisons de santé :

Résoudre ou lutter contre un problème de santé particulier

Prévenir les maladies en général

Renforcer les défenses de l'organisme

Autre

Veuillez préciser :

Précisez quel problème de santé particulier :

Améliorer mon bien-être au quotidien :

Lutter contre la fatigue
Combattre le stress
Faciliter la digestion, le confort intestinal
Améliorer le sommeil
Améliorer la circulation
Soulager les troubles féminins liés au syndrome prémenstruel
Soulager les troubles féminins liés à la ménopause
Autre

Veuillez préciser :

Comblar des besoins particuliers :

Liés à votre activité physique ou sportive
Liés à une grossesse ou à l'allaitement
Compléter des apports alimentaires insuffisants liés à un régime alimentaire particulier
Compléter des apports alimentaires que je pense inadaptés (hors régime particulier)
Autre

Veuillez préciser :

Améliorer mon apparence ou mes performances :

Perdre du poids
Agir sur ma silhouette
Prendre du poids (ex : augmenter ma masse musculaire)
Entretenir ma beauté/mon apparence (ongles, peau, cheveux, bronzage...)
Améliorer mes performances intellectuelles (concentration, mémoire, etc.)
Améliorer mes performances sexuelles
Rester jeune
Mieux vieillir
Autre

Veuillez préciser :

Votre consommation au cours des 12 derniers mois - Partie 2

Avez-vous consommé un 2ème complément alimentaire au moins une fois au cours des 12 derniers mois ?

Oui ☐ Non ☐

Indiquez le nom et la marque du complément alimentaire que vous avez consommé au moins une fois au cours des 12 DERNIERS MOIS, que votre consommation ait été quotidienne, sous forme de cure ou irrégulière : Tapez les premières lettres du nom ou de la marque du produit. Une liste de 20 propositions (maximum) vous sera proposée.

Si vous ne trouvez pas votre produit dans cette liste, veuillez compléter votre saisie en tapant des lettres supplémentaires.

Je n'ai pas trouvé

Forme de présentation du produit :

Comprimé
Gélule
Ampoule
Capsule
Sachet de poudre

Cuillère à café de poudre
Cuillère à soupe de poudre
Cuillère à café de sirop ou liquide
Cuillère à soupe de sirop ou liquide
Autre

Veuillez préciser :

ÉTUDE
NUTRINET
SANTÉ

Au total, sur les 12 derniers mois, combien de jours environ avez-vous consommé ce produit ?

jour(s)

Même si vous n'êtes pas sûr(e) du chiffre précis, mettez l'approximation qui vous semble la plus réaliste.

En général les jours où vous avez consommé ce produit, combien d'unités (gélule, comprimé, ampoule, cuillère, etc.) preniez-vous ?

unité(s) par jour de consommation

Vous avez déclaré précédemment une forme de présentation pour ce produit (comprimé ou cuillère à café de poudre ou ampoule, etc.). Indiquez ici le nombre d'unité correspondant à cette forme de présentation. Par exemple, si vous avez déclaré que le produit se présentait sous forme de cuillère à café de liquide, combien de cuillères à café en preniez-vous en général, les jours où vous avez consommé ce produit. Si les quantités étaient variables d'un jour à l'autre, merci d'indiquer une valeur moyenne.

Vous consommez ce complément alimentaire (même de manière occasionnelle ou sous forme de cures) :

Depuis moins d'un an
Depuis 1-2 ans
Depuis 3-5 ans
Depuis 5-10 ans
Depuis plus de 10 ans

Un des médecins qui vous suit (généraliste ou spécialiste) est-il au courant que vous consommez ce produit ?

Oui ☐ Non ☐

Pour quelle(s) raison(s) : (plusieurs réponses possibles)

Je pense que les médecins n'ont pas besoin d'être au courant
Les médecins n'ont jamais demandé
Je pense que les médecins ne pourraient pas comprendre
Je pense que les médecins désapprouveraient

Avez-vous acheté ce produit sur prescription médicale (c'est à dire sur ordonnance) ?

Oui ☐ Non ☐

Précisez quel type de médecin (généraliste, médecin homéopathe, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un médecin (sans ordonnance) ?

Oui ☐ Non ☐

Précisez quel type de médecin (généraliste, médecin homéopathe, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un pharmacien ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un diététicien ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un autre professionnel de santé ?

Oui ☐ Non

Précisez quel type de professionnel :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un professionnel de l'activité physique ou sportive ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit sur un conseil reçu en magasin (hors pharmacie) ?

Oui ☐ Non

Précisez quel magasin :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un parent, ami ou proche ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit parce que vous avez vu une publicité ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit parce que vous en avez entendu parler dans un livre ?

Oui ☐ Non

Précisez quel livre :

Avez-vous acheté ce produit parce que vous en avez entendu parler dans les médias ?

Oui ☐ Non

Précisez quel(s) média(s) (reportage à la TV, article dans un magazine, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit parce que vous avez découvert le produit par vous-même en magasin ou sur internet et que ses caractéristiques vous ont incité(e) à l'acheter (prix, composition, présentation, allégation santé, etc.) ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit pour une autre raison que celles mentionnées précédemment ?

Oui ☐ Non

Précisez cette autre raison :

Dans quel(s) but(s) consommez-vous (ou avez-vous consommé) ce complément alimentaire ? (plusieurs réponses possibles)

Raisons de santé :

- Résoudre ou lutter contre un problème de santé particulier
- Prévenir les maladies en général

Autre (préciser) :

Renforcer les défenses de l'organisme

Autre

Veillez préciser :

Précisez quel problème de santé particulier :

Améliorer mon bien-être au quotidien :

Lutter contre la fatigue

Combattre le stress

Faciliter la digestion, le confort intestinal

Améliorer le sommeil

Améliorer la circulation

Soulager les troubles féminins liés au syndrome prémenstruel

Soulager les troubles féminins liés à la ménopause

Autre

Veillez préciser :

Comblar des besoins particuliers :

Liés à votre activité physique ou sportive

Liés à une grossesse ou à l'allaitement

Compléter des apports alimentaires insuffisants liés à un régime alimentaire particulier

Compléter des apports alimentaires que je pense inadaptés (hors régime particulier)

Autre

Veillez préciser :

Améliorer mon apparence ou mes performances :

Perdre du poids

Agir sur ma silhouette

Prendre du poids (ex : augmenter ma masse musculaire)

Entretenir ma beauté/mon apparence (ongles, peau, cheveux, bronzage...)

Améliorer mes performances intellectuelles (concentration, mémoire, etc.)

Améliorer mes performances sexuelles

Rester jeune

Mieux vieillir

Autre

Veillez préciser :

Votre consommation au cours des 12 derniers mois - Partie 3

Avez-vous consommé un 3ème complément alimentaire au moins une fois au cours des 12 derniers mois ?

Oui ☐ Non ☐

Indiquez le nom et la marque du complément alimentaire que vous avez consommé au moins une fois au cours des 12 DERNIERS MOIS, que votre consommation ait été quotidienne, sous forme de cure ou irrégulière : Tapez les premières lettres du nom ou de la marque du produit. Une liste de 20 propositions (maximum) vous sera proposée.

Si vous ne trouvez pas votre produit dans cette liste, veuillez compléter votre saisie en tapant des lettres supplémentaires.

Je n'ai pas trouvé

Forme de présentation du produit :

Comprimé

Gélule

Ampoule

Capsule

Sachet de poudre

Cuillère à café de poudre

Cuillère à soupe de poudre

Cuillère à café de sirop ou liquide

Cuillère à soupe de sirop ou liquide

Autre

Veillez préciser :

Au total, sur les 12 derniers mois, combien de jours environ avez-vous consommé ce produit ?

jour(s)

Même si vous n'êtes pas sûr(e) du chiffre précis, mettez l'approximation qui vous semble la plus réaliste.

En général les jours où vous avez consommé ce produit, combien d'unités (gélule, comprimé, ampoule, cuillère, etc.) preniez-vous ?

unité(s) par jour de consommation

Vous avez déclaré précédemment une forme de présentation pour ce produit (comprimé ou cuillère à café de poudre ou ampoule, etc.). Indiquez ici le nombre d'unité correspondant à cette forme de présentation. Par exemple, si vous avez déclaré que le produit se présentait sous forme de cuillère à café de liquide, combien de cuillères à café en preniez-vous en général, les jours où vous avez consommé ce produit. Si les quantités étaient variables d'un jour à l'autre, merci d'indiquer une valeur moyenne.

Vous consommez ce complément alimentaire (même de manière occasionnelle ou sous forme de cures) :

Depuis moins d'un an

Depuis 1-2 ans

Depuis 3-5 ans

Depuis 5-10 ans

Depuis plus de 10 ans

Un des médecins qui vous suit (généraliste ou spécialiste) est-il au courant que vous consommez ce produit ?

Oui ☐ Non ☐

Pour quelle(s) raison(s) : (plusieurs réponses possibles)

Je pense que les médecins n'ont pas besoin d'être au courant

Les médecins n'ont jamais demandé

Je pense que les médecins ne pourraient pas comprendre

Je pense que les médecins désapprouveraient

Avez-vous acheté ce produit sur prescription médicale (c'est à dire sur ordonnance) ?

Oui ☐ Non ☐

Précisez quel type de médecin (généraliste, médecin homéopathe, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un médecin (sans ordonnance) ?

Oui ☐ Non

Précisez quel type de médecin (généraliste, médecin homéopathe, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un pharmacien ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un diététicien ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un autre professionnel de santé ?

Oui ☐ Non

Précisez quel type de professionnel :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un professionnel de l'activité physique ou sportive ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit sur un conseil reçu en magasin (hors pharmacie) ?

Oui ☐ Non

Précisez quel magasin :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un parent, ami ou proche ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit parce que vous avez vu une publicité ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit parce que vous en avez entendu parler dans un livre ?

Oui ☐ Non

Précisez quel livre :

Avez-vous acheté ce produit parce que vous en avez entendu parler dans les médias ?

Oui ☐ Non

Précisez quel(s) média(s) (reportage à la TV, article dans un magazine, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit parce que vous avez découvert le produit par vous-même en magasin ou sur internet et que ses caractéristiques vous ont incité(e) à l'acheter (prix, composition, présentation, allégation santé, etc.) ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit pour une autre raison que celles mentionnées précédemment ?

Oui ☐ Non

Précisez cette autre raison :

Dans quel(s) but(s) consommez-vous (ou avez-vous consommé) ce complément alimentaire ? (plusieurs réponses possibles)

Raisons de santé :

Résoudre ou lutter contre un problème de santé particulier

Prévenir les maladies en général

Renforcer les défenses de l'organisme

Autre

Veuillez préciser :

Précisez quel problème de santé particulier :

Améliorer mon bien-être au quotidien :

Lutter contre la fatigue

Combattre le stress

Faciliter la digestion, le confort intestinal

Améliorer le sommeil

Améliorer la circulation

Soulager les troubles féminins liés au syndrome prémenstruel

Soulager les troubles féminins liés à la ménopause

Autre

Veuillez préciser :

Comblent des besoins particuliers :

Liés à votre activité physique ou sportive

Liés à une grossesse ou à l'allaitement

Compléter des apports alimentaires insuffisants liés à un régime alimentaire particulier

Compléter des apports alimentaires que je pense inadaptés (hors régime particulier)

Autre

Veuillez préciser :

Améliorer mon apparence ou mes performances :

Perdre du poids

Agir sur ma silhouette

Prendre du poids (ex : augmenter ma masse musculaire)

Entretenir ma beauté/mon apparence (ongles, peau, cheveux, bronzage...)

Améliorer mes performances intellectuelles (concentration, mémoire, etc.)

Améliorer mes performances sexuelles

Rester jeune

Mieux vieillir

Autre

Veuillez préciser :

Votre consommation au cours des 12 derniers mois - Partie 4

Avez-vous consommé un 4ème complément alimentaire au moins une fois au cours des 12 derniers mois ?

Oui ☐ Non

Indiquez le nom et la marque du complément alimentaire que vous avez consommé au moins une fois au cours des 12 DERNIERS MOIS, que votre consommation ait été quotidienne, sous forme de cure ou irrégulière : Tapez les premières lettres du nom ou de la marque du produit. Une liste de 20 propositions (maximum) vous sera proposée.

Si vous ne trouvez pas votre produit dans cette liste, veuillez compléter votre saisie en tapant des lettres supplémentaires.

Je n'ai pas trouvé

Forme de présentation du produit :

Comprimé

Gélule

Ampoule

Capsule

Sachet de poudre

Cuillère à café de poudre

Cuillère à soupe de poudre

Cuillère à café de sirop ou liquide

Cuillère à soupe de sirop ou liquide

Autre

Veuillez préciser :

Au total, sur les 12 derniers mois, combien de jours environ avez-vous consommé ce produit ?

jour(s)

Même si vous n'êtes pas sûr(e) du chiffre précis, mettez l'approximation qui vous semble la plus réaliste.

En général les jours où vous avez consommé ce produit, combien d'unités (gélule, comprimé, ampoule, cuillère, etc.) preniez-vous ?

unité(s) par jour de consommation

Vous avez déclaré précédemment une forme de présentation pour ce produit (comprimé ou cuillère à café de poudre ou ampoule, etc.). Indiquez ici le nombre d'unité correspondant à cette forme de présentation. Par exemple, si vous avez déclaré que le produit se présentait sous forme de cuillère à café de liquide, combien de cuillères à café en preniez-vous en général, les jours où vous avez consommé ce produit. Si les quantités étaient variables d'un jour à l'autre, merci d'indiquer une valeur moyenne.

Vous consommez ce complément alimentaire (même de manière occasionnelle ou sous forme de cures) :

Depuis moins d'un an

Depuis 1-2 ans

Depuis 3-5 ans

Depuis 5-10 ans

Depuis plus de 10 ans

Un des médecins qui vous suit (généraliste ou spécialiste) est-il au courant que vous consommez ce produit ?

Oui ☐ Non

Pour quelle(s) raison(s) : (plusieurs réponses possibles)

Je pense que les médecins n'ont pas besoin d'être au courant

Les médecins n'ont jamais demandé

Je pense que les médecins ne pourraient pas comprendre

Je pense que les médecins désapprouveraient

Avez-vous acheté ce produit sur prescription médicale (c'est à dire sur ordonnance) ?

Oui ☐ Non

Précisez quel type de médecin (généraliste, médecin homéopathe, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un médecin (sans ordonnance) ?

Oui ☐ Non

Précisez quel type de médecin (généraliste, médecin homéopathe, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un pharmacien ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un diététicien ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un autre professionnel de santé ?

Oui ☐ Non

Précisez quel type de professionnel :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un professionnel de l'activité physique ou sportive ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit sur un conseil reçu en magasin (hors pharmacie) ?

Oui ☐ Non

Précisez quel magasin :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un parent, ami ou proche ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit parce que vous avez vu une publicité ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit parce que vous en avez entendu parler dans un livre ?

Oui ☐ Non

Précisez quel livre :

Avez-vous acheté ce produit parce que vous en avez entendu parler dans les médias ?

Oui ☐ Non

Précisez quel(s) média(s) (reportage à la TV, article dans un magazine, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit parce que vous avez découvert le produit par vous-même en magasin ou sur internet et que ses caractéristiques vous ont incité(e) à l'acheter (prix, composition, présentation, allégation santé, etc.) ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit pour une autre raison que celles mentionnées précédemment ?

Oui ☐ Non

Précisez cette autre raison :

Dans quel(s) but(s) consommez-vous (ou avez-vous consommé) ce complément alimentaire ? (plusieurs réponses possibles)

Raisons de santé :

Résoudre ou lutter contre un problème de santé particulier

Prévenir les maladies en général

Renforcer les défenses de l'organisme

Autre

Veuillez préciser :

Précisez quel problème de santé particulier :

Améliorer mon bien-être au quotidien :

Lutter contre la fatigue

Combattre le stress

Faciliter la digestion, le confort intestinal

Améliorer le sommeil

Améliorer la circulation

Soulager les troubles féminins liés au syndrome prémenstruel

Soulager les troubles féminins liés à la ménopause

Autre

Veuillez préciser :

Comblé des besoins particuliers :

Liés à votre activité physique ou sportive

Liés à une grossesse ou à l'allaitement

Compléter des apports alimentaires insuffisants liés à un régime alimentaire particulier

Compléter des apports alimentaires que je pense inadaptés (hors régime particulier)

Autre

Veuillez préciser :

Améliorer mon apparence ou mes performances :

Perdre du poids

Agir sur ma silhouette

Prendre du poids (ex : augmenter ma masse musculaire)

Entretenir ma beauté/mon apparence (ongles, peau, cheveux, bronzage...)

Améliorer mes performances intellectuelles (concentration, mémoire, etc.)

Améliorer mes performances sexuelles

Rester jeune

Mieux vieillir

Autre

Veillez préciser :

ÉTUDE
NUTRINET

Votre consommation au cours des 12 derniers mois - Partie 5

Avez-vous consommé un 5ème complément alimentaire au moins une fois au cours des 12 derniers mois ?

Oui ☐ Non ☐

Indiquez le nom et la marque du complément alimentaire que vous avez consommé au moins une fois au cours des 12 DERNIERS MOIS, que votre consommation ait été quotidienne, sous forme de cure ou irrégulière : Tapez les premières lettres du nom ou de la marque du produit. Une liste de 20 propositions (maximum) vous sera proposée.

Si vous ne trouvez pas votre produit dans cette liste, veuillez compléter votre saisie en tapant des lettres supplémentaires.

Je n'ai pas trouvé

Forme de présentation du produit :

Comprimé

Gélule

Ampoule

Capsule

Sachet de poudre

Cuillère à café de poudre

Cuillère à soupe de poudre

Cuillère à café de sirop ou liquide

Cuillère à soupe de sirop ou liquide

Autre

Veillez préciser :

ÉTUDE
NUTRINET

Au total, sur les 12 derniers mois, combien de jours environ avez-vous consommé ce produit ?

jour(s)

Même si vous n'êtes pas sûr(e) du chiffre précis, mettez l'approximation qui vous semble la plus réaliste.

En général les jours où vous avez consommé ce produit, combien d'unités (gélule, comprimé, ampoule, cuillère, etc.) preniez-vous ?

unité(s) par jour de consommation

Vous avez déclaré précédemment une forme de présentation pour ce produit (comprimé ou cuillère à café de poudre ou ampoule, etc.). Indiquez ici le nombre d'unité correspondant à cette forme de présentation. Par exemple, si vous avez déclaré que le produit se présentait sous forme de cuillère à café de liquide, combien de cuillères à café en preniez-vous en général, les jours où vous avez consommé ce produit. Si les quantités étaient variables d'un jour à l'autre, merci d'indiquer une valeur moyenne.

Vous consommez ce complément alimentaire (même de manière occasionnelle ou sous forme de cures) :

Depuis moins d'un an

Depuis 1-2 ans

Depuis 3-5 ans

Depuis 5-10 ans

Depuis plus de 10 ans

Un des médecins qui vous suit (généraliste ou spécialiste) est-il au courant que vous consommez ce produit ?

Oui ☐ Non

Pour quelle(s) raison(s) : (plusieurs réponses possibles)

Je pense que les médecins n'ont pas besoin d'être au courant

Les médecins n'ont jamais demandé

Je pense que les médecins ne pourraient pas comprendre

Je pense que les médecins désapprouveraient

Avez-vous acheté ce produit sur prescription médicale (c'est à dire sur ordonnance) ?

Oui ☐ Non

Précisez quel type de médecin (généraliste, médecin homéopathe, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un médecin (sans ordonnance) ?

Oui ☐ Non

Précisez quel type de médecin (généraliste, médecin homéopathe, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un pharmacien ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un diététicien ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un autre professionnel de santé ?

Oui ☐ Non

Précisez quel type de professionnel :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un professionnel de l'activité physique ou sportive ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit sur un conseil reçu en magasin (hors pharmacie) ?

Oui ☐ Non

Précisez quel magasin :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un parent, ami ou proche ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit parce que vous avez vu une publicité ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit parce que vous en avez entendu parler dans un livre ?

Oui ☐ Non

Précisez quel livre :

Avez-vous acheté ce produit parce que vous en avez entendu parler dans les médias ?

Oui ☐ Non

Précisez quel(s) média(s) (reportage à la TV, article dans un magazine, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit parce que vous avez découvert le produit par vous-même en magasin ou sur internet et que ses caractéristiques vous ont incité(e) à l'acheter (prix, composition, présentation, allégation santé, etc.) ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit pour une autre raison que celles mentionnées précédemment ?

Oui ☐ Non

Précisez cette autre raison :

Dans quel(s) but(s) consommez-vous (ou avez-vous consommé) ce complément alimentaire ? (plusieurs réponses possibles)

Raisons de santé :

Résoudre ou lutter contre un problème de santé particulier

Prévenir les maladies en général

Renforcer les défenses de l'organisme

Autre

Veillez préciser :

Précisez quel problème de santé particulier :

Améliorer mon bien-être au quotidien :

Lutter contre la fatigue

Combattre le stress

Faciliter la digestion, le confort intestinal

Améliorer le sommeil

Améliorer la circulation

Soulager les troubles féminins liés au syndrome prémenstruel

Soulager les troubles féminins liés à la ménopause

Autre

Veillez préciser :

Comblent des besoins particuliers :

Liés à votre activité physique ou sportive

Liés à une grossesse ou à l'allaitement

Compléter des apports alimentaires insuffisants liés à un régime alimentaire particulier

Autre :

Compléter des apports alimentaires que je pense inadaptés (hors régime particulier)

Autre

Veuillez préciser :

Améliorer mon apparence ou mes performances :

Perdre du poids

Agir sur ma silhouette

Prendre du poids (ex : augmenter ma masse musculaire)

Entretenir ma beauté/mon apparence (ongles, peau, cheveux, bronzage...)

Améliorer mes performances intellectuelles (concentration, mémoire, etc.)

Améliorer mes performances sexuelles

Rester jeune

Mieux vieillir

Autre

Veuillez préciser :

Votre consommation au cours des 12 derniers mois - Partie 6

Avez-vous consommé un 6ème complément alimentaire au moins une fois au cours des 12 derniers mois ?

Oui ☐ Non ☐

Indiquez le nom et la marque du complément alimentaire que vous avez consommé au moins une fois au cours des 12 DERNIERS MOIS, que votre consommation ait été quotidienne, sous forme de cure ou irrégulière : Tapez les premières lettres du nom ou de la marque du produit. Une liste de 20 propositions (maximum) vous sera proposée.

Si vous ne trouvez pas votre produit dans cette liste, veuillez compléter votre saisie en tapant des lettres supplémentaires.

Je n'ai pas trouvé

Forme de présentation du produit :

Comprimé

Gélule

Ampoule

Capsule

Sachet de poudre

Cuillère à café de poudre

Cuillère à soupe de poudre

Cuillère à café de sirop ou liquide

Cuillère à soupe de sirop ou liquide

Autre

Veuillez préciser :

Au total, sur les 12 derniers mois, combien de jours environ avez-vous consommé ce produit ?

jour(s)

Même si vous n'êtes pas sûr(e) du chiffre précis, mettez l'approximation qui vous semble la plus réaliste.

En général les jours où vous avez consommé ce produit, combien d'unités (gélule, comprimé, ampoule, cuillère, etc.) preniez-vous ?

unité(s) par jour de consommation

Vous avez déclaré précédemment une forme de présentation pour ce produit (comprimé ou cuillère à café de poudre ou ampoule, etc.). Indiquez ici le nombre d'unité correspondant à cette forme de présentation. Par exemple, si vous avez déclaré que le produit se présentait sous forme de cuillère à café de liquide, combien de cuillères à café en prenez-vous en général, les jours où vous avez consommé ce produit. Si les quantités étaient variables d'un jour à l'autre, merci d'indiquer une valeur moyenne.

Vous consommez ce complément alimentaire (même de manière occasionnelle ou sous forme de cures) :

- Depuis moins d'un an
Depuis 1-2 ans
Depuis 3-5 ans
Depuis 5-10 ans
Depuis plus de 10 ans

Un des médecins qui vous suit (généraliste ou spécialiste) est-il au courant que vous consommez ce produit ?

Oui ☐ Non ☐

Pour quelle(s) raison(s) : (plusieurs réponses possibles)

- Je pense que les médecins n'ont pas besoin d'être au courant
Les médecins n'ont jamais demandé
Je pense que les médecins ne pourraient pas comprendre
Je pense que les médecins désapprouveraient

Avez-vous acheté ce produit sur prescription médicale (c'est à dire sur ordonnance) ?

Oui ☐ Non ☐

Précisez quel type de médecin (généraliste, médecin homéopathe, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un médecin (sans ordonnance) ?

Oui ☐ Non ☐

Précisez quel type de médecin (généraliste, médecin homéopathe, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un pharmacien ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un diététicien ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un autre professionnel de santé ?

Oui ☐ Non ☐

Précisez quel type de professionnel :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un professionnel de l'activité physique ou sportive ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous acheté ce produit sur un conseil reçu en magasin (hors pharmacie) ?

Oui ☐ Non ☐

Précisez quel magasin :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un parent, ami ou proche ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit parce que vous avez vu une publicité ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit parce que vous en avez entendu parler dans un livre ?

Oui ☐ Non

Précisez quel livre :

Avez-vous acheté ce produit parce que vous en avez entendu parler dans les médias ?

Oui ☐ Non

Précisez quel(s) média(s) (reportage à la TV, article dans un magazine, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit parce que vous avez découvert le produit par vous-même en magasin ou sur internet et que ses caractéristiques vous ont incité(e) à l'acheter (prix, composition, présentation, allégation santé, etc.) ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit pour une autre raison que celles mentionnées précédemment ?

Oui ☐ Non

Précisez cette autre raison :

Dans quel(s) but(s) consommez-vous (ou avez-vous consommé) ce complément alimentaire ? (plusieurs réponses possibles)

Raisons de santé :

Résoudre ou lutter contre un problème de santé particulier

Prévenir les maladies en général

Renforcer les défenses de l'organisme

Autre

Veuillez préciser :

Précisez quel problème de santé particulier :

Améliorer mon bien-être au quotidien :

Lutter contre la fatigue

Combattre le stress

Faciliter la digestion, le confort intestinal

Améliorer le sommeil

Améliorer la circulation

Améliorer la digestion :

Soulager les troubles féminins liés au syndrome prémenstruel

Soulager les troubles féminins liés à la ménopause

Autre

Veillez préciser :

Comblar des besoins particuliers :

Liés à votre activité physique ou sportive

Liés à une grossesse ou à l'allaitement

Compléter des apports alimentaires insuffisants liés à un régime alimentaire particulier

Compléter des apports alimentaires que je pense inadaptés (hors régime particulier)

Autre

Veillez préciser :

Améliorer mon apparence ou mes performances :

Perdre du poids

Agir sur ma silhouette

Prendre du poids (ex : augmenter ma masse musculaire)

Entretenir ma beauté/mon apparence (ongles, peau, cheveux, bronzage...)

Améliorer mes performances intellectuelles (concentration, mémoire, etc.)

Améliorer mes performances sexuelles

Rester jeune

Mieux vieillir

Autre

Veillez préciser :

Votre consommation au cours des 12 derniers mois - Partie 7

Avez-vous consommé un 7ème complément alimentaire au moins une fois au cours des 12 derniers mois ?

Oui ☐ Non ☐

Indiquez le nom et la marque du complément alimentaire que vous avez consommé au moins une fois au cours des 12 DERNIERS MOIS, que votre consommation ait été quotidienne, sous forme de cure ou irrégulière : Tapez les premières lettres du nom ou de la marque du produit. Une liste de 20 propositions (maximum) vous sera proposée.

Si vous ne trouvez pas votre produit dans cette liste, veuillez compléter votre saisie en tapant des lettres supplémentaires.

Je n'ai pas trouvé

Forme de présentation du produit :

Comprimé

Gélule

Ampoule

Capsule

Sachet de poudre

Cuillère à café de poudre

Cuillère à soupe de poudre

Cuillère à café de sirop ou liquide

Cuillère à soupe de sirop ou liquide

Autre

Veuillez préciser :

Au total, sur les 12 derniers mois, combien de jours environ avez-vous consommé ce produit ?

jour(s)

Même si vous n'êtes pas sûr(e) du chiffre précis, mettez l'approximation qui vous semble la plus réaliste.

En général les jours où vous avez consommé ce produit, combien d'unités (gélule, comprimé, ampoule, cuillère, etc.) preniez-vous ?

unité(s) par jour de consommation

Vous avez déclaré précédemment une forme de présentation pour ce produit (comprimé ou cuillère à café de poudre ou ampoule, etc.). Indiquez ici le nombre d'unité correspondant à cette forme de présentation. Par exemple, si vous avez déclaré que le produit se présentait sous forme de cuillère à café de liquide, combien de cuillères à café en preniez-vous en général, les jours où vous avez consommé ce produit. Si les quantités étaient variables d'un jour à l'autre, merci d'indiquer une valeur moyenne.

Vous consommez ce complément alimentaire (même de manière occasionnelle ou sous forme de cures) :

- ☐ Depuis moins d'un an
- ☐ Depuis 1-2 ans
- ☐ Depuis 3-5 ans
- ☐ Depuis 5-10 ans
- ☐ Depuis plus de 10 ans

Un des médecins qui vous suit (généraliste ou spécialiste) est-il au courant que vous consommez ce produit ?

Oui ☐ Non

Pour quelle(s) raison(s) : (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Je pense que les médecins n'ont pas besoin d'être au courant
- ☐ Les médecins n'ont jamais demandé
- ☐ Je pense que les médecins ne pourraient pas comprendre
- ☐ Je pense que les médecins désapprouveraient

Avez-vous acheté ce produit sur prescription médicale (c'est à dire sur ordonnance) ?

Oui ☐ Non

Précisez quel type de médecin (généraliste, médecin homéopathe, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un médecin (sans ordonnance) ?

Oui ☐ Non

Précisez quel type de médecin (généraliste, médecin homéopathe, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un pharmacien ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un diététicien ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un autre professionnel de santé ?

Oui ☐ Non

Précisez quel type de professionnel :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un professionnel de l'activité physique ou sportive ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit sur un conseil reçu en magasin (hors pharmacie) ?

Oui ☐ Non

Précisez quel magasin :

Avez-vous acheté ce produit sur conseil d'un parent, ami ou proche ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit parce que vous avez vu une publicité ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit parce que vous en avez entendu parler dans un livre ?

Oui ☐ Non

Précisez quel livre :

Avez-vous acheté ce produit parce que vous en avez entendu parler dans les médias ?

Oui ☐ Non

Précisez quel(s) média(s) (reportage à la TV, article dans un magazine, etc.) :

Avez-vous acheté ce produit parce que vous avez découvert le produit par vous-même en magasin ou sur internet et que ses caractéristiques vous ont incité(e) à l'acheter (prix, composition, présentation, allégation santé, etc.) ?

Oui ☐ Non

Avez-vous acheté ce produit pour une autre raison que celles mentionnées précédemment ?

Oui ☐ Non

Précisez cette autre raison :

Dans quel(s) but(s) consommez-vous (ou avez-vous consommé) ce complément alimentaire ? (plusieurs réponses possibles)

Raisons de santé :

Résoudre ou lutter contre un problème de santé particulier

Prévenir les maladies en général

Renforcer les défenses de l'organisme

Autre

Veuillez préciser :

Précisez quel problème de santé particulier :

Améliorer mon bien-être au quotidien :

- Lutter contre la fatigue
- Combattre le stress
- Faciliter la digestion, le confort intestinal
- Améliorer le sommeil
- Améliorer la circulation
- Soulager les troubles féminins liés au syndrome prémenstruel
- Soulager les troubles féminins liés à la ménopause
- Autre

Veillez préciser :

Comblar des besoins particuliers :

- Liés à votre activité physique ou sportive
- Liés à une grossesse ou à l'allaitement
- Compléter des apports alimentaires insuffisants liés à un régime alimentaire particulier
- Compléter des apports alimentaires que je pense inadaptés (hors régime particulier)
- Autre

Veillez préciser :

Améliorer mon apparence ou mes performances :

- Perdre du poids
- Agir sur ma silhouette
- Prendre du poids (ex : augmenter ma masse musculaire)
- Entretenir ma beauté/mon apparence (ongles, peau, cheveux, bronzage...)
- Améliorer mes performances intellectuelles (concentration, mémoire, etc.)
- Améliorer mes performances sexuelles
- Rester jeune
- Mieux vieillir
- Autre

Veillez préciser :

Y a-t-il une ou des saison(s) où vous consommez plus particulièrement des compléments alimentaires ?

Oui ☐ Non ☐

Laquelle ou lesquelles ?

- Printemps
- Été
- Automne
- Hiver

Consommation actuelle de médicaments

Quels sont les principaux médicaments, hors compléments alimentaires, (par exemple des médicaments contre le cholestérol, l'hypertension, des contraceptifs, etc.) que vous avez pris régulièrement au cours des 12 derniers mois ?

Nom du médicament 1 :

N'oubliez pas d'indiquer le dosage lorsque celui-ci fait partie du nom (Exemple : Tamoxifène 20 mg).

Nom du médicament 2 :

N'oubliez pas d'indiquer le dosage lorsque celui-ci fait partie du nom (Exemple : Tamoxifène 20 mg).

Nom du médicament 3 :

N'oubliez pas d'indiquer le dosage lorsque celui-ci fait partie du nom (Exemple : Tamoxifène 20 mg).

Nom du médicament 4 :

N'oubliez pas d'indiquer le dosage lorsque celui-ci fait partie du nom (Exemple : Tamoxifène 20 mg).

Nom du médicament 5 :

N'oubliez pas d'indiquer le dosage lorsque celui-ci fait partie du nom (Exemple : Tamoxifène 20 mg).

Nom du médicament 6 :

N'oubliez pas d'indiquer le dosage lorsque celui-ci fait partie du nom (Exemple : Tamoxifène 20 mg).

Nom du médicament 7 :

N'oubliez pas d'indiquer le dosage lorsque celui-ci fait partie du nom (Exemple : Tamoxifène 20 mg).

Nom du médicament 8 :

N'oubliez pas d'indiquer le dosage lorsque celui-ci fait partie du nom (Exemple : Tamoxifène 20 mg).

Nom du médicament 9 :

N'oubliez pas d'indiquer le dosage lorsque celui-ci fait partie du nom (Exemple : Tamoxifène 20 mg).

Nom du médicament 10 :

N'oubliez pas d'indiquer le dosage lorsque celui-ci fait partie du nom (Exemple : Tamoxifène 20 mg).

Commentaires

Commentaires (Nombre de caractères restants : 150)