

FICHE 1 : DENUTRITION

NOM : _____ DATE D'OBSERVATION : _____

PRENOM : _____ AGENT : _____

INDICATEURS :

Poids initial : _____ Kg

Poids 1 mois après : _____ Kg

Poids 6 mois après : _____ Kg

SIGNES D'ALERTES :

OUI NON

Mange moins de 2/3 de son assiette plus de 3 jours _____

Perte d'appétit _____

Perte de poids supérieure à 2 Kg en 1 mois _____

Perte de poids supérieure à 5 Kg en 6 mois _____

Mauvais état buccal _____

Maladies _____

Plus de 5 médicaments prescrits par jour _____

Mal être _____

Douleur _____

Repli _____

PENDANT LE REPAS :

ATTITUDE	Mange trop vite _____ <input type="radio"/>
	Mange trop lentement _____ <input type="radio"/>
	Difficultés pour saisir les aliments _____ <input type="radio"/>
	Difficultés pour mettre en bouche _____ <input type="radio"/>
	Refus _____ <input type="radio"/>

BOUCHE	Recrache _____ <input type="radio"/>
	Ne mâche pas _____ <input type="radio"/>
	Aliments /liquides reste dans la bouche _____ <input type="radio"/>
	Tousse / racle avant de déglutir _____ <input type="radio"/>

GORGE	Difficultés à avaler _____ <input type="radio"/>
	Douleurs _____ <input type="radio"/>
	Tousse / racle _____ <input type="radio"/>
	S'étouffe _____ <input type="radio"/>