

Fiche Patient

Remplir le questionnaire suivant **pour chaque patient inclus**

Nom de l'investigateur : _____

N° du patient (numéroter les patients dans l'ordre de renseignement des fiches : _____)

■ Critère d'inclusion :

Patient recevant un complément nutritionnel oral oui non

- Si non, bénéficie-t il d'une prise en charge nutritionnelle hors CNO (exemple enrichissement) ?

Précisez _____

Y avait-il une complémentation orale avant l'entrée dans le service/l'établissement ?

oui non ne sait pas

Date de l'introduction du CNO : _____

■ Type de complémentation orale (choix multiple) (selon nomenclature JO 2009) :

Normo protidiques (4,5g/100ml ou 100g)

Hyper énergétiques (>1,5 kcal/ml)

Hyper protidiques (> 7g/100ml ou 100g) et Hyper énergétique ou non

Protéines seules

Le patient a-t-il de l'alimentation enrichie proposée par la cuisine ? oui non

■ Type de structure (cochez une proposition) :

Court séj<our SSR USLD EHPAD

■ Patient Âge : _____ ans

Sexe : Homme Femme

Poids : _____ kg

Taille : _____ m déclaratif

mesurée : précisez le type de mesure _____

ADL : _____ /6 ne sait pas

Le patient a-t-il besoin d'aide à l'alimentation ? oui non

Le patient présente-t-il une dénutrition ? oui non

- Si oui, selon quels critères ce diagnostic a-t-il été établi ? (choix multiples)

Perte de poids

- Si oui précisez : > 5% en 6 mois > 5% en 1 mois > 10% en 6 mois ne sait pas

IMC Précisez la valeur : _____ kg/m² ne sait pas

MNA global Précisez la valeur : _____ / 30 points ne sait pas

Mini MNA Précisez la valeur : _____ / 14 points ne sait pas

Albuminémie Précisez la valeur : _____ g/l ne sait pas

CRP Précisez la valeur : _____ mg/l ne sait pas

Autre : précisez _____

Une enquête nutritionnelle a-t-elle été établie ? (ingesta) oui non

Une surveillance des apports est-elle réalisée ? oui non

Les apports (ingesta) sont-ils quantifiés ? oui non

- Si oui : évaluation par la diététicienne ? oui non

- Si oui, précisez les apports caloriques quotidiens (y compris CNO) _____

Bénéficie d'une nutrition entérale ? oui non

Bénéficie d'une nutrition parentérale ? oui non

Co-morbidités (score CHARLSON)		
	OUI	NON
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque congestive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artériopathie périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIT/AVC sans déficit ou déficit léger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVC avec hémiplégie séquellaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie pulmonaire chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie ulcéreuse gastroduodénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatopathie légère (sans hypertension portale, incluant les hépatites chroniques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatopathie modérée et sévère (cirrhose, varices œsophagiennes, hypertension portale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète non compliqué (pas d'atteinte d'un organe cible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète compliqué (atteinte d'un organe cible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale modérée/ sévère (créatinine > 20mg/l ou 177 µmol/l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connectivites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumeur sans métastase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucémie aigüe ou chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphome, myélome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer métastasé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA déclaré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents de 2 chutes ou plus dans l'année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la déglutition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convalescence après pathologie aiguë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologie aiguë en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre de principes actifs DCI prescrits : _____

Surveillance de l'état nutritionnel de ce patient

Le CNO proposé a-t-il été pris ?

entièrement partiellement pas du tout ne sait pas

A quelle fréquence le poids est-il surveillé ?

1 semaine 2 semaines 1 mois pas du tout ne sait pas

A quelle fréquence l'albumine est-elle surveillée ?

2 semaines 1 mois pas du tout ne sait pas

Une autre surveillance nutritionnelle est-elle proposée ? (choix multiples)

Suivi par une diététicienne

- Si oui, évalue-t-elle l'appétit ? oui non

Prises alimentaires

CRP

Autre : précisez _____

S'il y a une surveillance nutritionnelle, précisez :

L'évolution du poids depuis l'introduction du CNO : _____ kg ne sait pas

L'évolution de l'albuminémie depuis l'introduction du CNO : _____ g/l ne sait pas

L'évolution de la CRP depuis l'introduction du CNO : _____ mg/l ne sait pas

ORGANISATION GÉNÉRALE

À NE COMPLÉTER QU'UNE FOIS PAR UNITÉ FONCTIONNELLE

Votre établissement/unité bénéficie-t-il/elle de personnel dédié à la prise en charge de la nutrition ?

oui non

Lequel ?

Médecin

Diététicienne

Infirmière

Aide-soignant(e)

Autre : précisez _____

Une cuisine naturellement enrichie est-elle réalisée (ajouts de crème, beurre, poudre de lait, etc.) ?

oui non

Si oui :

Demande du médecin

Demande de la diététicienne

Autre (maîtresse de maison, ...) : précisez _____

Cet enrichissement naturel est-il réalisé avant la prescription des compléments ? oui non

■ Repas et collations

Le patient bénéficie-t-il de collations dans la journée ?

Aucun

1 fois

2 fois

+ de 2 fois

ne sait pas

La collation est-elle à la demande sur prescription

Horaires de collations (choix multiples) :

en matinée

dans l'après-midi

après le repas du soir

au moment des repas

dans la nuit

ne sait pas

Heures des repas

Matin : avant 8h30

après 8h30

Soir : avant 18h

entre 18h et 19h

après 19h

Estimation des temps de repas

Midi : moins de 30 minutes

30-60 minutes

+ de 60 minutes

ne sait pas

Soir : moins de 30 minutes

30-60 minutes

+ de 60 minutes

ne sait pas

■ Organisation de la distribution des compléments alimentaires

S'assure-t-on d'un suivi :

de la distribution oui non

de la prise oui non

■ Prescription à la sortie (Court Séjour et SSR)

Prescrivez-vous des CNO dans l'ordonnance de sortie ? oui non

MERCI DE RENVOYER CE QUESTIONNAIRE REMPLI

- Par Mail en cliquant sur le bouton de renvoi ci contre :
- ou l'envoyer par fax au : 01 41 12 87 17
- ou par voie postale à : SFGG - Enquête PUGG

60, rue des Cherchevets - 92150 Suresnes