

Informations générales:

1. **Date:** Renseignez la date de nutritionDay jj/mm/aa
2. **Code centre:** Veuillez insérer le code anonyme (3 caractères numériques) que vous avez reçu du centre coordinateur.
3. **Code unité:** Veuillez insérer le code anonyme (4 caractères numériques) que vous avez reçu du centre coordinateur.
4. **Malade (4 initiales):** Indiquez les initiales du malade, ex. Jean Dupont => **J E D U**
5. **Numéro de patient:** Donnez à chaque malade un numéro que vous garderez (=> **"Liste des malades"**) pour les suivre plus tard. Ce numéro doit être inscrit sur chacune des feuilles concernées
6. **Sexe:** Veuillez répondre par **"F"** pour féminin ou **"M"** pour masculin
7. **Année de naissance:** Veuillez compléter comme ceci: 1970
8. Veuillez choisir une des réponses ou indiquer une autre réponse sur la ligne pointillée.
9. Merci de répondre par "OUI" ou "NON"
10. Merci de répondre en cochant la ou les cases appropriées (Cochez plus d'une réponse si nécessaire).
11. Cochez la bonne réponse.
12. Cochez la bonne réponse

FEUILLE 1 ("Personnel de l'unité"):

13. **Nombre effectif de lits:** Veuillez remplir le nombre de lits pour lesquels le personnel est présent ce jour (ce chiffre prend en compte des lits fermés mais pas des lits vides par absence de malade).
14. **Nombre maximal de lits dans l'unité**
15. **Groupe principal de malades admis:** Veuillez utiliser un des codes suivants (s'il y en a plusieurs, séparez-les par des virgules)
16. **Personnel de l'unité (ASH exclus):** Indiquez le nombre de personnes (médecins, infirmiers,...) travaillant dans l'unité le matin de nutritionDay en séparant les stagiaires (internes, élèves) des titulaires. Ne mentionnez pas les agents de service (ASH), sauf s'ils participent au service des repas
17. **Commentaires:** Merci d'ajouter toute information additionnelle en français, en anglais ou en allemand et d'inscrire vos commentaires sur les questionnaires.

nutritionDay SHEET 1

Date: / / Centre Code: Unit Code:

Actual number of beds that are staffed? beds
 Maximum number of beds in the unit? beds
 Main patient group admitted (please use code below):

Internal medicine/general	44	Orthopedic surgery
Internal medicine/gastroenterology & hepatology	45	Orthopedic surgery
Internal medicine/geriatrics (incl. geriatrics)	46	Plastic surgery
Internal medicine/geriatrics	47	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	48	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	49	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	50	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	51	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	52	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	53	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	54	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	55	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	56	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	57	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	58	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	59	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	60	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	61	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	62	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	63	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	64	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	65	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	66	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	67	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	68	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	69	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	70	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	71	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	72	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	73	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	74	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	75	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	76	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	77	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	78	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	79	Psychiatry
Internal medicine/geriatrics	80	Psychiatry

People working on your unit (excluding persons cleaning only):

	number (including staff)	number (excluding staff)
Physicians/Consultants		
Respiratory		
Nurse		
Nursing Aide		
Dietitian		
Dietetic assistant		
Physiotherapist		
others		

Is there a person on your unit dedicated to nutritional care? YES NO
 Is there a clinical nutrition team in your hospital? YES NO
 Do you routinely use written procedures for nutritional care? YES NO
 Which one? national guidelines YES NO
 local standards YES NO
 individual patient nutritional care plans YES NO
 other YES NO
 Do you screen your patients at admission for risk of malnutrition? YES NO
 Which screening tool do you use? Nutritional Risk Screening (NRS) 2002 YES NO
 Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) YES NO
 national tool YES NO
 local tool YES NO
 experience YES NO
 other YES NO
 If the patient is at risk for malnutrition or malnourished - what do you do? (Tick more than one if necessary)
 develop the individual nutrition care plan YES NO
 call a dietitian YES NO
 call the nutrition support team YES NO
 call a gastroenterologist YES NO
 others YES NO
 When do you weigh your patients? (Tick more than one if necessary)
 at admission YES NO
 every week YES NO
 occasionally YES NO
 when requested YES NO
 never YES NO
 COMMENTS:

FEUILLE 2 (“Malades de l’unité”):

Patients présents dans l’unité à partir de l’heure d’arrivée de l’équipe de jour (si travail en 12h) ou de matin (si travail en 7h42), par exemple de 7h à 7h, y compris ceux admis ou sortis pendant cette journée..

18. **Feuille numéro:** Selon le nombre de malades présents, vous aurez peut-être besoin de plusieurs feuilles.
19. **Code réponse 1+2:** Pour le code patient 1, merci d'indiquer si le patient a besoin d'aide pour remplir le questionnaire (H), si ça n'est pas applicable (NA) ou s'il n'y a pas eu consentement à la participation à l'enquête (C). Le code est expliqué plus bas. Pour le code patient 2, merci d'indiquer si le patient est en stade terminal (t) ou non (n) de sa maladie.
20. **Poids/Taille:** Indiquez le poids (en kg) et la taille (en cm)
21. **Combien de médicaments oraux différents?:** Merci d'indiquer le nombre total de médicaments différents prescrits par voie orale.
22. **Sorti ou admis ce jour:** Indiquez le nombre de jours que le malade a passés dans votre service au jour de l’enquête. Attention : merci d'inclure le jour de nutritionDay dans cet intervalle
23. **Séjour en USI:** Est-ce que le patient a séjourné en réanimation/soins intensifs ? Veuillez répondre par O (Oui) ou N (Non).
24. **Durée depuis l’intervention:** Veuillez indiquer le nombre de jours ayant passé depuis l’intervention. Attention : merci d'inclure le jour de nutritionDay dans cet intervalle.
25. **Code de traitement nutritionnel:** Veuillez indiquer le numéro correspondant. Le régime diététique spécial correspond exclusivement à : sans sel, sans lactose, sans gluten, les autres régimes (pauvres ou riches en fibres, diabétique, textures) faisant partie des repas normaux.
26. Veuillez répondre en utilisant les codes indiqués plus bas sur la feuille 2.

Feuille patients 3a:

Date, numéro de patient et initiales, code centre et unité doivent être remplis par le personnel avant de remettre le questionnaire au patient.

27. **Votre poids il y a 5 ans:** Combien pesiez-vous (en kg) il y a 5 ans? Sautez la question si vous avez oublié.
28. **Combien de prise de médicaments chaque jour (nombre total de comprimés et doses et solution buvable)?:** Cochez la bonne réponse. Chaque comprimé, ampoule ou unité de traitement compte pour un, sauf es gouttes qui comptent pour un quelque soit le nombre (10 ou 15 c'est pareil)

Feuille patients 3 b

Date, numéro de patient et initiales, code centre et unité doivent être remplies par le personnel avant de remettre le questionnaire au patient.

- 29. Veuillez indiquer pour un repas: Les images des plats (à rapporter à l'ensemble du plateau) vous indiquent le choix entre tout, la moitié, le quart et rien. Veuillez cocher un des cercles sous l'assiette qui correspond à ce que vous avez mangé.
- 30. Veuillez indiquer quel repas a été documenté.
- 31. Veuillez indiquer le nombre de boissons/compléments nutritionnels que vous avez consommés pendant ce repas. Un verre contient environ 200 mL.

The form includes sections for:

- Number of drinks consumed (0-3).
- Meal selection (all, 1/2, 1/4, nothing).
- Reasons for not eating everything (e.g., not hungry, not allowed to eat, etc.).
- Meal type (Lunch, Dinner).
- Appetite and food preferences.

Recueil et Liste et suivi de tous les patients de l'audit:

- 32. Date de recueil: Renseignez le date de recueil jj/mm/aaaa
- 33. Prénom, nom de famille, date de naissance ou étiquette patient: Veuillez insérer le prénom, le nom de famille, le date de naissance ou l'étiquette patient.
- 34. Numéro de la chambre: Veuillez insérer le numéro de la chambre
- 35. Réadmission à l'hôpital: Veuillez indiquer la date de sortie de l'hôpital: JJ/MM/AAAA
- 36. Code suivi (A, B, C,...): Le code est expliqué plus bas. Indiquez le numéro correspondant. Le devenir est évalué **un mois après** "Nutrition Day".
- 37. Commentaires: Merci d'ajouter toute information additionnelle en français, en anglais ou en allemand et d'inscrire vos commentaires sur les questionnaires.

The table has the following columns:

- Firstname lastname date of birth patient sticker
- Initials
- Unit room no
- Sheet 1 no
- Sheet 2 patient no
- Date hospital discharge dd/mm/yy
- Outcome hospital discharge A,B,C...
- Food intake? (YES or NO)
- Comments

Chaque numéro correspond aux numéros en exposants dans le texte.