

**Nombre de lits dans le service aujourd'hui<sup>3</sup>**   lits

**nombre maximum de lits dans le service<sup>4</sup>**   lits

**Statut de la maison de retraite/propriétaire:**  publique  privée  associative (à but non lucratif)

**Les professionnels qui travaillent dans votre service (à l'exclusion du personnel affecté au ménage)<sup>6</sup>:**

Groupes professionnels <sup>6a</sup>	nombre <sup>6b</sup>	Temps passé dans l'unité par semaine (équivalents temps-plein) <sup>6c</sup>
médecins attachés	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="checkbox"/> aucun	
médecins non-attachés	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="checkbox"/> aucun	
surveillante chef	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="checkbox"/> aucun	
Infirmières	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="checkbox"/> aucun	
aides-soignantes	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="checkbox"/> aucun	
diététiciens	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="checkbox"/> aucun	
kinésithérapeutes/ergothérapeutes/orthophonistes	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="checkbox"/> aucun	
musicothérapeutes/animateurs	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="checkbox"/> aucun	
bénévoles	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="checkbox"/> aucun	
autres à définir: _____	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="checkbox"/> aucun	

**Avez-vous dans le service une personne responsable de la nutrition?**  OUI  NO

**Utilisez-vous régulièrement des consignes écrites pour le suivi de la nutrition?<sup>7</sup>**  OUI  NO

Si oui, lesquelles ...

local standards	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NO
national guidelines	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NO
programmes nutritionnels individuels seulement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NO

**Est-ce que vous dépistez régulièrement la dénutrition / le risque de dénutrition chez vos résidents (une réponse) ?**

seulement à l'admission  env. 4 - 6 fois par an  jamais  
 env. une fois par mois  env. 1 - 2 fois par an

**Evaluation de la dénutrition / du risque de dénutrition par<sup>8</sup>:**

poids  paramètre biochimique  
 dépistage de la dénutrition (MNA, MUST, ...)  autres  
 courbe de poids  ne sais pas  
 état clinique

**Quel pourcentage de vos résidents ont besoin d'un soutien nutritionnel<sup>9</sup>?**

plus de 70 % des résidents  
 entre 51 et 70 % des résidents  
 entre 30 et 50 % des résidents  
 moins de 30 % des résidents

**A quelle fréquence pesez-vous vos résidents 10? (un seul choix)**

only at admission  approx. 4 - 6 times a year  jamais  
 approx. once a month  approx. 1 - 2 times a year