



# FEUILLE 111b

Résident N°1 Prénom Nom Code du Centre<sup>3</sup> Code du Service<sup>4</sup> **"Résident - Aujourd'hui"**I N I T I A L E S <sup>2</sup>

Entretien avec le résident par l'équipe ou des membres de la famille:

Date Veuillez cocher le cercle qui correspond à la quantité que vous avez mangé et bu au repas de midi aujourd'hui<sup>5</sup>

## DÉJEUNER (veuillez cocher)

boissons + complément nutritionnel

nombre

~ 200ml

tout



1/2



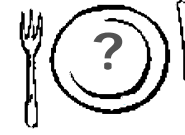
1/4



rien



je ne sais pas



je n'ai pas tout mangé parce que:

 je ne peux pas manger tout(e) seul(e) je n'aimais pas l'odeur/le goût je n'avais pas faim J'avais mal je n'arrive pas à manger autant la viande/les légumes étaient trop durs j'avais la nausée/j'avais envie de rendre j'ai des problèmes pour avaler

À être renseigné par le personnel ou par l'aidant familial:

Le résident a-t-il reçu de l'aide pour prendre ce repas?

 non, car il n'avait pas besoin d'aide non, car il n'y avait pas le temps pour l'aider Oui, il/elle a bénéficié d'une aide pour manger qui a duré : moins de 10 min entre 10 et 20 min plus de 20 min