



nutritionDay  
worldwide

## nutritionDay dans les soins primaires

### Questionnaire

### Patiente/Patient

**Numéro de patient**

**Année de naissance (AAAA)**

**Poids (kg)**

**Taille (cm)**


**Sexe**  Femme  Homme  Autre

**6. Combien avez-vous mangé au repas principal HIER ?**



Pratiquement tout  1/2  1/4  rien

**1. Aujourd'hui, je suis chez le médecin parce que:\***

- J'ai des douleurs
- Je me sens fatigué(e)/faible
- J'ai de la fièvre/un rhume
- Vaccination
- J'ai de nouveaux symptômes
- Il s'agit d'une visite de routine
- J'ai une éruption cutanée
- Autres raisons



**7. Si vous n'avez pas tout mangé, expliquez-nous pourquoi.\***

- J'ai moins d'appétit que d'habitude
- Je n'ai pas aimé l'odeur/le goût de la nourriture
- J'ai des problèmes de mastication et de déglutition
- Je n'avais pas faim
- Je n'avais pas le droit de manger
- J'étais trop fatigué(e)
- Autres raisons
- Sans objet
- Je ne sais pas



**2. Je présente les symptômes/signes suivants :\***

- Bouche sèche
- Douleur après les repas
- Constipation
- Nausées/vomissements
- Difficultés à avaler/mâcher
- Problèmes de dents
- Ballonnements
- Diarrhée
- Aucune de ces réponses



**8. Avez-vous été hospitalisé(e) ou subi une intervention chirurgicale ?**

	Hospitalisé(e)	Chirurgie
Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui, au cours du dernier mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui, au cours des 3 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui, au cours des 6 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui, au cours de l'année écoulée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui, il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Avez-vous perdu du poids les 3 derniers mois?**

- Oui, intentionnellement
- Oui, involontairement
- Veillez préciser combien :
  - 0-2 kg
  - 2-4 kg
  - 4-6 kg
  - 6-8 kg
  - >8 kg
- Non, mon poids est resté stable
- Non, j'ai pris du poids
- Je ne sais pas



**9. Pouvez-vous marcher sans aide aujourd'hui ?**

- Oui
- Oui, de manière autonome, avec canne, déambulateur ou béquilles.
- Non, seulement avec de l'aide
- Non, je me déplace en fauteuil roulant

**10. Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?**



**4. Quel régime alimentaire suivez vous :\***

- Je dois suivre des restrictions alimentaires
- Je souffre d'allergies alimentaires
- Je mange vegan ou végétarien
- Je mange peu de viande
- Je mange des aliments riches en protéines
- Je ne suis pas de régime alimentaire spécifique

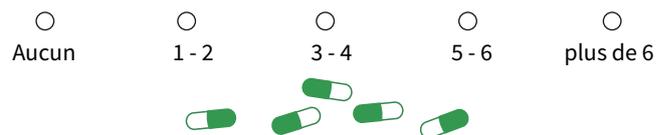


**5. Combien avez-vous mangé la SEMAINE DERNIÈRE ?**

- Plus que la normale
- Normale
- Environ ¾ de la normale
- Environ ½ de la normale
- Environ ¼ ou presque rien
- Je ne sais pas



**11. Combien de médicaments prenez-vous par jour ?**



**Veillez ramener cette feuille complétée à votre médecin.**

**Merci pour avoir participé  
au nutritionDay dans les soins primaires.**

www.nutritionDay.org

2023  
V1  
FRANÇAIS BELGE  
BELGIAN FRENCH  
CC BY-NC-ND



\* Choix multiple possible



nutritionDay  
worldwide

**nutritionDay dans les soins primaires**  
**Questionnaire**  
**Praticien des soins de santé/Docteur**

**Center code:**


**Doctor code:**

(pour toutes les professions de la santé)

**Numéro de patient**

**Date de la visite (jj.mm.aa)**


Visite à domicile ?

Oui  Non

Consentement du patient

Oui  Non

**Dernière visite dans les ...**

- <2 semaines  
 2-4 semaines  
 1-3 mois  
 3-12 mois  
 >1 an

**Ce patient est venu pour : \***

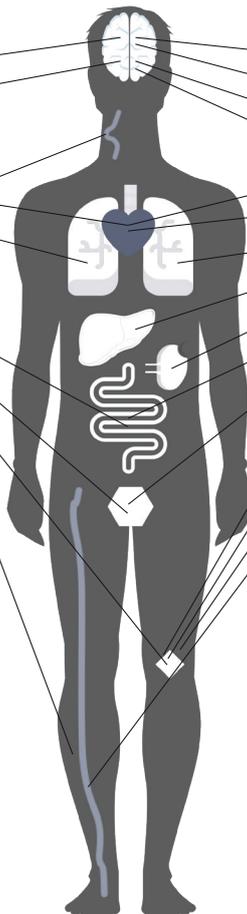
- Première visite / nouveau patient  
 Problèmes à court terme  
 Problèmes à long terme  
 Vaccination  
 Visites régulières pour les maladies chroniques  
 Bilan de santé  
 Autres raisons

**1. Quelle est la raison principale de la visite ?\***

**DIAGNOSTIC CIM-10**

- Système nerveux   
 Santé mentale   
 Œil et annexes   
 Oreille et apophyse mastoïde   
 Appareil circulatoire   
 Appareil respiratoire   
 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques   
 Appareil digestif   
 Appareil génito-urinaire   
 Système musculosquelettique et tissu conjonctif   
 Peau et tissu sous-cutané   
 Maladies infectieuses et parasitaires   
 Tumeurs   
 Sang et organes hématopoïétiques et mécanisme immunitaire   
 Symptômes, signes, résultats anormaux d'examen cliniques ou de laboratoire   
 Causes externes de morbidité et de mortalité (par exemple, accidents de transport, agressions)   
 Grossesse, accouchement et puerpéralité   
 Pathologies liées à la période périnatale   
 Anomalies congénitales/chromosomiques   
 Blessure, empoisonnement   
 Facteurs influençant l'état de santé et les contacts avec les services de santé   
 Autres comorbidités

**2. Quelles sont les pathologies/comorbidités dont souffre le patient ?\***



**Comorbidités spécifiques**

- Maladie vasculaire cérébrale  
 Démence  
 Trouble dépressif majeur  
 Trouble mental chronique  
 Infarctus du myocarde  
 Insuffisance cardiaque  
 Maladie pulmonaire chronique  
 Maladie hépatique chronique  
 Maladie rénale chronique  
 Maladie/problèmes gastro-intestinaux  
 Maladies/problèmes urologiques  
 Trouble musculosquelettique  
 Arthrite  
 Problèmes de peau  
 Maladie vasculaire périphérique

**Comorbidités générales**

- Douleur  
 Fatigue  
 Infection  
 Diabète  
 Hypertension  
 Hyperlipidémie  
 Maladie endocrinienne  
 Cancer (actif)  
 Antécédents de cancer  
 Autre maladie chronique  
 Autres comorbidités  
 Pas de comorbidités

**3. Thérapie nutritionnelle**

En cours    Planifiée

Alimentation normale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aliments enrichis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suppléments protéiques/énergétiques (par exemple CNO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutrition entérale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutrition parentérale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Régime spécial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conseils diététiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**4. Planifier les prochaines étapes de la Journée de la nutrition\***

- Prescrire un nouveau traitement médical  
 Prendre un congé de maladie  
 Envoyer au spécialiste  
 Envoyer au service de diététique  
 Envoyer en physiothérapie  
 Envoyer à l'hôpital  
 Planifier des soins à long terme  
 Demander des analyses de laboratoire, des tests spéciaux  
 Pas d'étape suivante prévue  
 Planifier la prochaine visite

**5. Résultat pour le patient 6 mois après nutritionDay**

- Nombre de visites aux soins primaires y compris les courriels et les appels téléphoniques  
 Nombre d'hospitalisations

- Thérapie nutritionnelle commencée  
 EN (Nutrition entérale)  
 PN (Nutrition parentérale)  
 CNO (Compléments nutrit. oraux)  
 Régime spécial  
 Conseils diététiques

- Admission en soins de longue durée  
 Problème de santé résolu  
 Aucun suivi n'est nécessaire  
 Pas de suivi possible  
 Traitement continu/autre  
 Décès

**Merci pour avoir participé**  
**au nutritionDay dans les soins primaires.**  
www.nutritionDay.org

2023  
V1  
FRANÇAIS BELGE  
BELGIAN FRENCH  
CC BY-NC-ND



\* Choix multiple possible