



Date       Code centre  Code unité

1. Nombre de lits de l'hôpital

2. Nombre de patients présents au moment du repas principal    3. Capacité totale de lits dans l'unité

4a. Spécialité principale (choisir une seule option)

- |                                                         |                                                              |                                                     |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Médecine interne</b>                                 | <b>Chirurgie</b>                                             | <input type="radio"/> Oto-rhino-laryngologie (ORL)  |
| <input type="radio"/> Générale                          | <input type="radio"/> Générale                               | <input type="radio"/> Gynécologie                   |
| <input type="radio"/> Cardiologie                       | <input type="radio"/> Cardiaque, vasculaire et et thoracique | <input type="radio"/> Neurologie                    |
| <input type="radio"/> Hépato-Gastroentérologie          | <input type="radio"/> Neuro                                  | <input type="radio"/> Psychiatrie                   |
| <input type="radio"/> Gériatrie                         | <input type="radio"/> Orthopédique                           | <input type="radio"/> Pédiatrie                     |
| <input type="radio"/> Infectiologie                     | <input type="radio"/> Traumatologie                          | <input type="radio"/> Interdisciplinaire            |
| <input type="radio"/> Néphrologie                       | <input type="radio"/> Urologie                               | <input type="radio"/> Moyen et long séjour          |
| <input type="radio"/> Oncologie y compris radiothérapie | <input type="radio"/> Bariatrique                            | <input type="radio"/> Soins hospitaliers à domicile |
|                                                         |                                                              | <input type="radio"/> Autres                        |

4b. Uniquement pour les unités de chirurgie

- |                                             |                           |                           |                                      |
|---------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Appliquez-vous un programme de type ERAS?   | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Je ne sais pas |
| Avez-vous un protocole ERAS ?               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                |
| Avez-vous une équipe ERAS ?                 | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                |
| Auditez-vous vos résultats/pratiques ERAS ? | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>                |

5. Nombre de soignants dans chaque unité le MATIN (exclu personnel de nettoyage)

Médecins

Infirmières

6. Y a-t-il dans votre unité un diététicien, médecin nutritionniste ou assistant en diététique, disponible sur demande?

- Oui  Non  Je ne sais pas

7. Quel outil utilisez-vous pour dépister la dénutrition ? (en choisir une seule)

- |                                                                    |                                                              |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>A l'admission</b>                                               | <b>Pendant le séjour hospitalier</b>                         |
| <input type="radio"/> Pas de dépistage en routine                  | <input type="radio"/> Pas de dépistage en routine            |
| <input type="radio"/> Pas de critère établi                        | <input type="radio"/> Pas de critère établi                  |
| <input type="radio"/> Expérience/Evaluation visuelle seules        | <input type="radio"/> Expérience/Evaluation visuelle seules  |
| <input type="radio"/> Poids/Indice de masse corporelle seuls       | <input type="radio"/> Poids/Indice de masse corporelle seuls |
| <input type="radio"/> Nutritional Risk Screening (NRS) 2002        | <input type="radio"/> Autre outil                            |
| <input type="radio"/> Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) |                                                              |
| <input type="radio"/> Malnutrition Screening tool (MST)            |                                                              |
| <input type="radio"/> SNAQ                                         |                                                              |
| <input type="radio"/> Autre outil                                  |                                                              |

8. Quand pesez-vous vos patients? (cochez toutes les cases applicables)

- |                                        |                                                                    |                                            |                                      |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A l'admission | <input type="checkbox"/> Pendant les 24 premières heures du séjour | <input type="checkbox"/> Chaque semaine    | <input type="checkbox"/> A la sortie |
|                                        | <input type="checkbox"/> Pendant les 48 premières heures du séjour | <input type="checkbox"/> Occasionnellement | <input type="checkbox"/> Jamais      |
|                                        | <input type="checkbox"/> Pendant les 72 premières heures du séjour | <input type="checkbox"/> Sur demande       |                                      |

9. Quelles mesures prenez-vous pour favoriser un apport alimentaire adéquat? (cochez toutes les cases applicables)

- |                                                                                              |                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fournir des repas supplémentaires ou des collations entre les repas | <input type="checkbox"/> Garantir une atmosphère calme lors des repas            |
| <input type="checkbox"/> Proposer un choix de repas                                          | <input type="checkbox"/> Promouvoir un environnement favorable                   |
| <input type="checkbox"/> Modifier la portion servie selon les besoins                        | <input type="checkbox"/> Tenir compte des préférences religieuses / culturelles  |
| <input type="checkbox"/> Soigner la présentation                                             | <input type="checkbox"/> Tenir compte des allergies et intolérances alimentaires |
| <input type="checkbox"/> Adapter la texture ou la consistance selon les besoins              | <input type="checkbox"/> Autres                                                  |
| <input type="checkbox"/> Tenir compte des difficultés à manger et boire                      |                                                                                  |

MERCI!

pour avoir participé à nutritionDay à l'hôpital.

www.nutritionDay.org



Date [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Numéro de patient [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

NE POURSUIVRE QUE SILE PATIENT A DONNE SON CONSENTEMENT

Date d'admission [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Année de naissance [ ] [ ] [ ] [ ]

Cette admission a été

Sexe  Femme  Homme  Autres

- programmée
 en urgence
 Je ne sais pas

poids (kg) [ ] [ ] [ ] [ ] kg  estimé  mesuré
taille (cm) [ ] [ ] [ ] [ ] cm  estimée  mesurée

1. Diagnostic à l'admission (checkbox cochez toutes les cases applicables)

2. Diagnostic principal (radio un seul des codes ci-dessus)

3. Comorbidités (checkbox cochez toutes les cases applicables)

Diagram of a human body with various organs highlighted in red. To the left is a list of ICD-10 diagnostic codes (1) and (2) with checkboxes. To the right is a list of specific comorbidities (3) with checkboxes, including categories like 'COMORBIDITÉS SPÉCIFIQUES' and 'COMORBIDITÉS GÉNÉRALES'.

4. Patient en fin de vie?  Oui  Non  Je ne sais pas

5. Ce patient a-t-il été identifié comme dénutri?  Dénutri  Oui, à risque  Non  Je ne sais pas

6. Apports nutritionnels (AUJOURD'HUI) (une réponse par ligne)

Table with 4 columns: Nutrition type (Alimentation hospitalière normale, Alimentation hospitalière / enrichie, Régime diététique spécifique, Compléments nutritionnels oraux, Nutrition entérale, Nutrition parentérale) and 3 columns of radio buttons (Oui, Non, Je ne sais pas).

7. Status hydrique (AUJOURD'HUI)  normale  surchargée  déshydraté  Je ne sais pas



Date

Numéro de patient

Cher patient,

Nous aimerions que vous remplissiez ce questionnaire aujourd'hui, afin d'évaluer et d'améliorer la prise en charge nutritionnelle dans le service. De plus, le personnel de l'unité de soins nous fournira des informations de base concernant votre diagnostic et votre traitement. Votre participation est volontaire et vous avez la possibilité de retirer votre accord de participation à tout moment sans aucun risque de changement de votre traitement médical actuel. Aucune donnée personnelle telle que le nom ou la date de naissance ne sera traitée ou sauvegardée et le traitement ne sera que sous forme (multiple) cryptée.

La personne responsable dont le nom figure ci-dessous se tient à votre disposition pour répondre aux questions supplémentaires que vous vous posez à ce sujet.

Personne de contact

**1a. Avez-vous perdu du poids depuis les 3 derniers mois ?**

- Oui, volontairement       Non, mon poids est resté le même       Je ne sais pas  
 Oui, involontairement       Non, j'ai pris du poids



**1b. Si oui, combien de kilos avez-vous perdu ?**

 kg

- Je ne sais pas

**2. Quelle quantité estimez-vous avoir mangé durant la dernière semaine avant votre hospitalisation ?**

- Plus que d'habitude       Environ 75%  
 Normalement (100%)       Environ 50%  
 Entre 25% et 0%



**3. Veuillez indiquer quelle portion de votre plat vous avez consommé ce midi ou ce soir.**



Tout



La moitié



Un quart



Rien

**4. Si vous n'avez pas mangé toute votre assiette, veuillez nous indiquer pourquoi : (cochez toutes les cases applicables)**

- La nourriture ne correspond pas à mes goûts       J'ai des problèmes de déglutition/mastication  
 Je n'ai pas aimé l'odeur de la nourriture       Je mange habituellement moins que ce que j'ai reçu  
 Je n'ai pas aimé le goût de la nourriture       J'avais des nausées / des vomissements  
 La nourriture ne correspond pas à ma culture/ma religion       J'étais trop fatigué(e)  
 La nourriture était trop chaude       Je ne peux pas manger sans aide  
 La nourriture était trop froide       On ne m'a pas autorisé(e) à manger  
 A cause d'une intolérance/allergie       J'avais un examen/une opération et j'ai manqué le repas  
 Je n'avais pas faim à ce moment-là       Je n'ai pas reçu la nourriture demandée  
 Je n'ai pas mon appétit normal



**5. Pouvez-vous actuellement marcher sans aide ?**

- Oui       Non, seulement avec aide       Non, je reste au lit

**6. Aujourd'hui, je me sens**

- Plus fort qu'à mon admission       J'ai été admis aujourd'hui  
 Plus faible qu'à mon admission       Je ne sais pas  
 Pareil qu'à mon admission



**7. En général, diriez-vous que votre santé est**

- très bonne       bonne       moyenne       mauvaise       très mauvaise

MERCI!

pour avoir participé à nutritionDay à l'hôpital.

www.nutritionDay.org


**Nom du patient, date de naissance ou autocollant du patient**  
 Ces informations ne seront utilisées que par l'Unité.

Nom du patient, date de naissance ou autocollant du patient	Numéro du patient	Date de sortie	Diagnostic de sortie	Codes ICD-10 supplémentaires			Suivi	réadmis depuis nutritionDay	Admis à soins critiques (USC)	Ré-opéré après nDay	Combien de jours après nDay
	123456	jj.mm.aa	ICD-10code	ICD-10code	ICD-10code	code	code	✓	✓	jours	
				1	2	3					
				4	5	6					
				1	2	3					
				4	5	6					
				1	2	3					
				4	5	6					

Ces informations sont destinées à être introduites dans la base de données nutritionDay.

**1. Utilisez les codes diagnostic ICD-10**

- 0100 Maladies infectieuses et parasitaires
- 0200 Tumeurs
- 0300 Sang, organes hématopoïétiques, et système immunitaire
- 0400 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
- 0500 Troubles mentaux et du comportement
- 0600 Système nerveux
- 0700 L'œil et ses annexes
- 0800 L'oreille et l'apophyse mastoïde
- 0900 L'appareil circulatoire
- 1000 L'appareil respiratoire

- 1100 L'appareil digestif
- 1200 La peau et tissu cellulaire sous-cutané
- 1300 Système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif
- 1400 L'appareil génito-urinaire
- 1500 Grossesse, accouchement et puerpéralité
- 1600 Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
- 1700 Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
- 1800 Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire
- 1900 Lésions traumatiques, empoisonnements
- 2000 Causes externes de morbidité et de mortalité
- 2100 Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

**2. Code de sortie**

- 1 Encore hospitalisé
- 2 Transfert hospitalier
- 3 Sortie en long séjour
- 4 Révalidation
- 5 Sortie à domicile
- 6 Décès
- 7 Autres

**3. Code de réadmission (réadmis depuis nutritionDay)**

- 1 Non
- 2 Oui, prévu dans le même hôpital
- 3 Oui, même hôpital, non prévu
- 4 Oui, prévu dans un autre hôpital
- 5 Oui, dans un autre hôpital, non prévu
- 6 Je ne sais pas


**Nom du patient, date de naissance ou autocollant du patient**  
 Ces informations ne seront utilisées que par l'Unité.

	Numéro du patient	Date de sortie	Diagnostic de sortie voir case 1 pour les codes	Codes ICD-10 supplémentaires Introduire jusqu'à 6 Codes, dans le même ordre que dans le dossier			Suivi voir case 2 pour les codes	réadmis depuis nutritionDay voir case 3 pour les codes	Admis à soins critiques (USC) dans les 30 jours suivant le nDay	Ré-opéré après nDay sous anesthésie générale	Combien de jours après nDay
				ICD-10code	ICD-10code	ICD-10code					
	123456	jj.mm.aa		1	2	3					
				4	5	6					
				1	2	3					
				4	5	6					
				1	2	3					
				4	5	6					

Ces informations sont destinées à être introduites dans la base de données nutritionDay.