

Veillez cocher les cases correspondant à votre institution



**EHPAD
Feuille 1**

Date

--	--	--	--	--	--	--	--

Center-Code

--	--	--	--	--	--	--	--

Code du Service

--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre des résidents dans le service

Nombre maximal de résidents dans le service

Nombre maximal de résidents dans l'institution

Avez-vous dans le service un/e diéticien/ne ou nutritionniste/e disponible ?

- oui
 no

Avez-vous dans le service une personne référente en nutrition ?

- oui
 no

Est-ce que vous dépistez régulièrement la dénutrition/ le risque de dénutrition parmi vos patients? (un seul choix possible)

- une fois à l'admission
 environ une fois par mois
 4 - 6 fois par an
 1 - 2 fois par an
 jamais

Evaluation de la dénutrition / du risque de dénutrition par : (multiples choix possibles)

- Indice de masse corporelle (IMC)
 courbe de poids
 surveillance des apports alimentaires
 état clinique
 dépistage de la dénutrition (MNA, MUST...)
 autres

En routine, à quelle fréquence pesez-vous vos patients? (un seul choix seulement)

- une fois à l'admission
 environ une fois par mois
 4 - 6 fois par an
 1 - 2 fois par an
 jamais

Merci beaucoup!

Liste des résident de l'unité et devenir (tous les résidents dans l'enquête)



Veillez garder cette liste sur place!

Code
A=Toujours dans l'institution
B=Transfert hospitalier
C= Sortie à domicile
D=Décès
E=Autres

Code du Centre

Code du Service

Date

Date d'évaluation du devenir

Devenir à 6 mois

Prénom, Nom de famille, date de naissance étiquette du résident	Numéro patient	Lieu de résidence après 6 mois	Date de transfert vers une autre unité, de décès,...	Poids actuel (kg)	dans les 6 derniers mois			Remarques
					Séjours à l'hôpital		Nombre des chutes	
					nombre	en jours		
<i>remplir seulement si A, D ou E s'applique</i>								
	1	A	24.04.2017	75,2 kg	2	17	3	

Merci beaucoup!