nutritionDay WORLDWIDE

Feuille 1_onco

Code centre [2] ☐☐☐☐☐

Code unité [3] ☐☐☐☐☐

Disposez-vous d' un système d' information (gestion informatique des malades) dans votre hôpital? [9]	◯ OUI ◯ NON
Est-ce que le support nutritionnel fait partie de la stratégie thérapeutique des malades cancéreux? [9]	◯ OUI ◯ NON

Si oui, dans quelles circonstances? [38]

en routine	☐
à la demande des patients	☐
en cas de perte de plus de 10 % du poids	☐
en situation palliative	☐
autres (décrivez)	

Si non, pour quelle(s) raison(s)? [10]

pas de preuve de l' intérêt	☐
pas de connaissance dans le domaine	☐
pas de remboursement	☐
la nutrition nourrit le cancer	☐
autres	☐

Quelle(s) stratégie(s) nutritionnelle(s) sont utilisées chez les malades cancéreux? [10]

programme nutritionnel	☐
calcul des besoins énergétiques	☐
surveillance alimentaire et support nutritionnel	☐
aucune	☐
autres	☐

Si non, pour quelle(s) raison(s)? [10]

pas de preuve de l' efficacité	☐
manque d' expérience personnelle	☐
pas de remboursement	☐
manque de diététiciens	☐
manque d' expertise	☐
autres	☐

A quelle fréquence et avec quelles méthodes évaluez-vous les paramètres suivants chez les maades cancéreux? [39]

	régulièrement	lors de chaque chimiothérapie	quand nécessaire	jamais	?
Anthropométrie / composition corporelle					
pesée	◯	◯	◯	◯	◯
anthropométrie (circonférence brachiale)	◯	◯	◯	◯	◯
impédancemétrie	◯	◯	◯	◯	◯
scanner	◯	◯	◯	◯	◯
Ostéodensitométrie	◯	◯	◯	◯	◯
autres	◯	◯	◯	◯	◯
Fonctionnalité					
force de préhension (handgrip)	◯	◯	◯	◯	◯
test de marche de 6 minutes	◯	◯	◯	◯	◯
autres	◯	◯	◯	◯	◯
Besoins nutritionnels (calculés)	◯	◯	◯	◯	◯
Enquête alimentaire					
chaque repas	◯	◯	◯	◯	◯
1 repas par jour	◯	◯	◯	◯	◯
2 repas par jour	◯	◯	◯	◯	◯
toute la journée	◯	◯	◯	◯	◯
autres	◯	◯	◯	◯	◯

Qui a remplis ce questionnaire (feuille 1 oncologie)? [11]

◯ diététicien(e) ◯ infirmier(e) ◯ médecin ◯ chercheur en nutrition ◯ autres

Chaque chiffre en exposant renvoie au même chiffre dans les explications

©nutritionDay groupe oncologie pour nutritionDay Monde **n**utrition**D**ay **worldwide** -une enquête transversale internationale

Feuille 2_Oncologie Feuille n°[18] ☐☐ Code Centre [2] ☐☐☐☐☐ Code Unité [3] ☐☐☐☐☐

Tous les malades cancéreux de l' unité

nutritionDay WORLDWIDE

Feuille 2_onco

Patient ☐☐ ☐☐ (4 initiales) [4]	Numéro de patient [5]	Consultation (c)/ Hospitalisation (h) [40]	But du traitement [41]	Motif d' admission [42]	Localisation du cancer (actuel) [43]	Diagnostic du cancer depuis [44]	Stade du cancer [45]	Premier traitement depuis [46]	Situation thérapeutique [47]	Infections [48]	CRP [50] seulement si déjà mesurée	Albuminémie [50] seulement si déjà mesurée	Support nutritionnel [51]
Initiales	n°	c/h	c/p/t	1-6	1-17	1-6	0-IV	1-8	1-10	1-3	○ mg/dL ○ mg/L	○ g/L ○ g/dL	1-10

But du traitement
c= curatif
p= palliatif
t= terminal

MOTIF D'ADMISSION
1= cancer (diagnostic, bilan)
2= traitement médical
3= chirurgie
4= complications du traitement
5= altération de l' état général
6= maintien à domicile difficile

LOCALISATION DU CANCER
1= sein
2= colon, rectum
3= prostate
4= poumon
5= peau
6= rein/vessie
7= estomac/oesophage
8= pancréas
9= lymphome
10= ORL
11= leucémie
12= gynécologique
13= foie
14= sarcome
15= cerveau
16= testicule
17= autre

DIAGNOSTIC DEPUIS
1= 0-2 mois
2= 3-5 mois
3= 6-12 mois
4= 1-2 ans
5= 2-4 ans
6= > 4 ans

STADE DU CANCER
0= carcinome in situ
I= localisé
II= localement avancé précoce
III= localement avancé tardif
IV= métastatique

TRAITEMENT DEPUIS
1= pas de traitement
2= diagnostic/bilan d' extension
3= 0-2 mois
4= 3-5 mois
5= 6-12 mois
6= 1-2 ans
7= 2-4 ans
8= > 4 ans

SITUATION THÉRAPEUTIQUE
1= diagnostic
2= 1ère ligne de chimiothérapie
3= ligne ultérieure de chimiothérapie
4= radiothérapie
5= thérapie ciblée
6= hormone thérapie
7= palliatif
8= chirurgie
9= complications du cancer
10= complications du traitement

INFECTIONS
1= aucune
2= locale
3= systémique

SUPPORT NUTRITIONNEL
1= alimentation normale
2= régime personnalisé
3= compléments nutritionnels oraux
4= nutrition entérale (SNG/GPE)
5= nutrition parentérale
6= CNO avec pharmaconutriments
7= pharmaconutriments (EPA, AA ramifiés, glutamine, arginine, carnitine)
8= préférences personnelles
9= conseils diététiques
10= autre

Chaque chiffre en exposant renvoie au même chiffre dans les explications

©nutritionDay groupe oncologiepour nutritionDay Monde

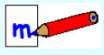
nutritionDay WORLDWIDE

Oncologie
Patient Feuille 3

Date [1] _ _ / _ _ / _ _ _ _

Numéro de patient [5] ☐☐

Cher patient, Chère patiente,
Nous aimerions que vous remplissiez ce questionnaire aujourd'hui afin d' améliorer la prise en charge nutritionnelle dans l'unité. Nous aimerions savoir ce que vous mangez, comment vous vous sentez et quelles sont vos activités.

Veuillez cocher ⊗ **ou remplir**  **MERCI DE VOTRE AIDE!**

Patient initiales: [4] 2 premières lettres de votre prénom ☐☐ 2 premières lettres de votre nom ☐☐

Votre poids habituel avant d'être malade [52] ☐☐☐ **kg** ◯ Je ne sais pas

Votre poids actuel [52] ☐☐☐ **kg** ◯ Je ne sais pas

Est-ce que ce changement de poids était volontaire ou involontaire? [54]

◯ volontaire ◯ involontaire ◯ mon poids est stable

Merci d'indiquer ce qui s'applique <u>à la semaine passée</u> : [55]

	pas du tout	un peu	assez	beaucoup
Avez-vous ressenti de la douleur?	◯	◯	◯	◯
Avez-vous eu besoin de repos?	◯	◯	◯	◯
Vous êtes-vous senti(e) faible?	◯	◯	◯	◯
Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e)?	◯	◯	◯	◯
Etiez-vous fatigué(e)?	◯	◯	◯	◯
Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes?	◯	◯	◯	◯
Avez-vous manqué d'appétit?	◯	◯	◯	◯

Merci d'indiquer ce qui s'applique <u>à maintenant</u> : [55]

	pas du tout	un peu	assez	beaucoup
Avez-vous mal ?	◯	◯	◯	◯
Avez-vous besoin de repos?	◯	◯	◯	◯
Vous sentez-vous faible?	◯	◯	◯	◯
Vous sentez-vous déprimé(e)?	◯	◯	◯	◯
Etes-vous fatigué(e)?	◯	◯	◯	◯
Des douleurs perturbent-t-elles vos activités quotidiennes?	◯	◯	◯	◯
Manquez-vous d'appétit?	◯	◯	◯	◯

Si votre appétit ont votre alimentation ont changé, pourquoi? [10]

☐ nausées/vomissements ☐ constipation ☐ vite rassasié/ manque d'appétit
☐ inflammation dans la bouche ☐ diarrhée
☐ douleur ☐ changement du goût/de l'odorat ☐ autre

Laquelle des activités suivantes pouvez-vous effectuer au plus (seulement un choix)? [56]

◯ capable de faire du sport ◯ capable de m'occuper de moi
◯ capable d'activités normales ◯ capable de m'occuper un peu de moi
◯ capable d'activités domestiques légères ◯ je reste couché(e) ou assis (e)

Que prenez-vous sans prescription médicale? [10]

☐ rien ☐ multivitamines
☐ infusions ☐ autres médicaments
☐ compléments nutritionnels ☐ autre

Laquelle ou lesquelles des activités suivantes pratiquez-vous ? [10]

☐ rien ☐ Méditation ☐ autre
☐ Psychothérapie ☐ Relaxation musculaire
☐ Yoga ☐ Qigong

Est-ce difficile de suivre votre traitement ? [9] ◯ OUI ◯ NON ◯ Je ne sais pas

Est-ce qu'on vous a aidé(e) à remplir ce questionnaire? [9] ◯ OUI ◯ NON ◯ Je ne sais pas

Pensez-vous qu'inclure la nutrition dans votre protocole de traitement vous apporterait des bénéfices significatifs? [9]

◯ OUI ◯ NON ◯ Je ne sais pas

Chaque chiffre en exposant renvoie au même chiffre dans les explications

©nutritionDay groupe onkologie pour nutritionDay worldwide
nutritionDay worldwide - une enquête transversale international