

# Carnet diététique de liaison

Diététicienne : .....



Service diététique

Arlon

063 23 17 69



Services de gériatrie

063 23 13 60

063 23 13 00

## Coordonnées du patient

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : Rue ..... N° .....

CP ..... Ville .....

Pays .....

MR /MRS: .....

Tél.: .....

Médecin traitant : .....

Personne de contact : .....

Brochure à destination du personnel  
des Maisons de Repos (MR) et des Maisons de Repos et de Soins (MRS)  
ainsi que du personnel des soins à domicile

## Date de la prochaine consultation diététique

Lieu

Jour

Heure

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

Merci de vous munir du carnet de liaison  
lors d'une consultation de diététique ou d'une hospitalisation

Taille : .....

Poids à l'admission : .....

BMI : .....

Poids idéal (calculé pour un BMI égal à 23) : .....

Perte de poids : **oui / non**

Si oui, pourcentage de perte de poids : .....

Perte d'appétit : **oui / non**

Si oui, depuis combien de temps : .....

# Evolution du poids

Poids (kg)


.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Poids de départ (kg)

Date

Poids idéal (calculé pour un BMI égal à 23) : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


Poids alerte : .....

### DYSPHAGIE

Y-a-t-il un bilan logopédique : **oui / non**

Dysphagie avec les liquides : **oui / non**

Dysphagie avec les solides : **oui / non**

Consistance des liquides épaissis : **oui / non**

### ETAT BUCCAL

Saine

Pathologique (aphtes, mucite, ...)

### DENTITION

Correcte

Prothèse dentaire

Edenté

### Texture recommandée par une logopède

texture normale

uniquement viande moulue

pain sans croûte

texture moulue

texture lisse

Alimentation entérale : **oui / non**

via sonde naso-gastrique

via sonde de gastrostomie

via sonde de jéjunostomie

en complémentaire

**ou**

unique

Nom du produit .....

.....ml/24h à un débit de .....ml/h

+ eau .....ml/24h à un débit de .....ml/h

Plaie ou escarre : **oui / non**

Allergies ou intolérances alimentaires : **oui / non**

.....

Aversion alimentaire : **oui / non**

.....

Assistance aux repas : **oui / non**

## BIOLOGIE

Paramètres / date

Albuminémie

(gr/l)

Préalbuminémie

(gr/l)

CRP (mgr/l)

Mini Nutritional Assessment (MNA) :

Score: .....

- Pas de dénutrition
- Risque de dénutrition
- Dénutrition

Index de risque nutritionnel gériatrique (GNRI) :

Score: .....

- Pas de risque
- Risque de complications liées à la dénutrition
- Risque élevé de complications liées à la dénutrition

30 kcal / kg (poids idéal) / jour  
et 1,2gr de protéines / kg (poids idéal) / jour

35 kcal / kg (poids idéal) / jour  
et 1,5gr de protéines / kg (poids idéal) / jour

40 kcal / kg (poids idéal) / jour  
et 2gr de protéines / kg (poids idéal) / jour

.....kcal et .....gr de protéines / jour

Suppléments nutritionnels oraux prescrits par une diététicienne : **oui / non**

Le(s)quel(s) ? .....

Durée de la prescription : .....