



Hôpitaux du sud Haute-Marne

## FICHE NUTRITION DU CH CHAUMONT

### Evaluation de l'état nutritionnel à l'admission :

| Poids habituel + date | Dernier poids connu + date | Poids actuel + Date | %Variation de poids en 1 mois | % Variation de poids en 6 mois | Taille | IMC | Tour de mollet (cm) | Mesure dynamomètre (kg) | Levers de chaise (en s) |
|-----------------------|----------------------------|---------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------|-----|---------------------|-------------------------|-------------------------|
|                       |                            |                     |                               |                                |        |     |                     |                         |                         |

### CRITERES DE DIAGNOSTIC DE DENUTRITION :

| 1 CRITERE ETIOLOGIQUE   | + 1 CRITERE PHENOTYPIQUE  |   |   | DENUTRITION                      |
|---|---|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Réduction de la prise alimentaire<br><br><input type="checkbox"/> Absorption réduite<br><br><input type="checkbox"/> Situation d'agression | Perte de poids<br><input type="checkbox"/> ≥ 5 % en 1 mois<br><input type="checkbox"/> ≥ 10 % en 6 mois<br><input type="checkbox"/> ≥ 10 % poids habituel avant pathologie  | < 70 ans  | ≥ 70 ans  | <input type="checkbox"/> ABSENCE |
|   |   | <input type="checkbox"/> IMC < 18.5<br><br>Réduction Quantifiée<br><br><input type="checkbox"/> Masse musculaire Ou<br><input type="checkbox"/> Fonction musculaire | <input type="checkbox"/> IMC < 22<br><br>Sarcopénie Confirmée<br><br><input type="checkbox"/> Masse musculaire Et<br><input type="checkbox"/> Fonction musculaire | <input type="checkbox"/> MODEREE |
|   | Perte de poids<br><input type="checkbox"/> ≥ 10 % en 1 mois<br><input type="checkbox"/> ≥ 15 % en 6 mois<br><input type="checkbox"/> ≥ 15 % poids habituel avant pathologie | <input type="checkbox"/> IMC ≤ 17<br><br><input type="checkbox"/> Alb ≤ 30  | <input type="checkbox"/> IMC < 20<br><br><input type="checkbox"/> Alb < 30  | <input type="checkbox"/> SEVERE  |

### Prescription médicale diététique :

| Date | Prise en charge diététique               | Nom |
|------|--|-----|
|      | Motif de la prise en charge diététique : |     |
|      | Préconisations diététiques :             |     |

### Besoins nutritionnels :

| Dépense Energétique de Base<br>(DEB) (en kcal) | Dépense Energétique Totale<br>(DET) (en kcal) | Besoin protéique<br>(en g) |
|--|---|----------------------------|
|  |   |                            |

### Evaluation des apports alimentaires :

| Date | Nom du demandeur | Durée de la surveillance alimentaire | Résultats |
|------|------------------|--------------------------------------|-----------|
|      |                  |                                      |           |

### Recueil de données :

### Diagnostic diététique :

### Objectifs nutritionnels :

**Alimentation mise en place :**

| Alimentation/Texture | Collations | Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) |
|----------------------|------------|---------------------------------------|
|                      |            |                                       |

**Prise en charge pendant l'hospitalisation :**

[illegible]