



Fondée en 1844

## QUESTIONNAIRE NUTRITIONNEL

**Merci de compléter ce questionnaire, afin de faire le point sur votre état nutritionnel avant votre hospitalisation.**

Date : / /

NOM : ..... PRÉNOM : ..... AGE : .....

POIDS ACTUEL : ..... TAILLE : ..... Date d'hospitalisation prévue : / /

1. Avez-vous perdu du poids récemment, volontairement ou non ? oui  non 

↳ Si oui, combien de kilos ? ..... En combien de mois ? .....

2. Avez-vous un manque d'appétit ou l'impression de n'avoir jamais faim au moment des repas ? oui  non 3. Prenez-vous 3 médicaments ou plus par jour ? oui  non 4. Avez-vous une perte ou une modification du goût ? oui  non 5. Faites-vous au moins 3 repas par jour ? oui  non 6. Avez-vous besoin d'aide pour les repas ? oui  non ↳ Aide partielle  Aide totale 7. Avez-vous des problèmes de mastication, d'aphtes ou de déglutition ? oui  non ↳ Si oui, mangez-vous : Mixé  Mou / Haché 8. Mangez-vous tous les jours de la viande, du poisson ou des œufs ? oui  non 9. Avez-vous des troubles digestifs ? oui  non ↳ Constipation  Diarrhées  Ballonnements, maux de ventre 10. Avez-vous un régime particulier ? oui  non 

↳ Si oui, lequel ? .....

11. Prenez-vous des compléments nutritionnels oraux ? oui  non 

↳ Si oui, lesquels ? ..... Combien d'unités par jour ? .....

12. Autres remarques : .....

.....

**Exemplaire 1 Pour la Diététicienne à remettre lors de votre pré-admission au bureau des Entrées ou au Secrétariat d'Anesthésie.**



Fondée en 1844

## QUESTIONNAIRE NUTRITIONNEL

**Merci de compléter ce questionnaire, afin de faire le point sur votre état nutritionnel avant votre hospitalisation.**

Date : / /

NOM : ..... PRÉNOM : ..... AGE : .....

POIDS ACTUEL : ..... TAILLE : ..... Date d'hospitalisation prévue : / /

1. Avez-vous perdu du poids récemment, volontairement ou non ? oui  non 

↳ Si oui, combien de kilos ? ..... En combien de mois ? .....

2. Avez-vous un manque d'appétit ou l'impression de n'avoir jamais faim au moment des repas ? oui  non 3. Prenez-vous 3 médicaments ou plus par jour ? oui  non 4. Avez-vous une perte ou une modification du goût ? oui  non 5. Faites-vous au moins 3 repas par jour ? oui  non 6. Avez-vous besoin d'aide pour les repas ? oui  non ↳ Aide partielle  Aide totale 7. Avez-vous des problèmes de mastication, d'aphtes ou de déglutition ? oui  non ↳ Si oui, mangez-vous : Mixé  Mou / Haché 8. Mangez-vous tous les jours de la viande, du poisson ou des œufs ? oui  non 9. Avez-vous des troubles digestifs ? oui  non ↳ Constipation  Diarrhées  Ballonnements, maux de ventre 10. Avez-vous un régime particulier ? oui  non 

↳ Si oui, lequel ? .....

11. Prenez-vous des compléments nutritionnels oraux ? oui  non 

↳ Si oui, lesquels ? ..... Combien d'unités par jour ? .....

12. Autres remarques : .....

**Exemplaire 2 A remettre en main propre à l'Anesthésiste**