



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