|  |
| --- |
| **C:\Users\mreinteau\Desktop\images tweeter\Logo_CHU_Nantes.svg.pngC:\Users\mreinteau\Desktop\images tweeter\CHU Angers.pngC:\Users\mreinteau\Desktop\images tweeter\CLAN D.png** |
| **Fiche RCP Dénutrition**  **Région Pays de la Loire**  **( .. / .. / 2024)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Professionnels experts** | |
|  | |
| **CHU Nantes :**  Dr A.Jirka, médecin nutritionniste, équipe transversale d’assistance nutritionnelle  **CLAN D 72 :**  Cécile Geslin, diététicienne  Virginie Heulin, diététicienne | **CHU Angers :**  Dr A.Sallé, médecin nutritionniste endocrinologue  **SRAE Nutrition** |

|  |
| --- |
| **Identité anonyme du patient/bénéficiaire** |
| Initiales :  Sexe :  Tranche d’âge : < 29 ans 30 – 49 ans 50 – 69 ans 70 et plus |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Présentation** | |
| Dossier présenté par (Nom/ Etablissement) : ………………………………………………………………………………………  Pathologie principale : ……………………………………………………………………………………………………………………………  Si hospitalisation motif: (séjour)…………………………………………………………………………………………………………….  Problématique actuelle : …………………………………………………………………………………………………………………………. | |
| **Données anthropométriques** |
| Poids actuel : kg  Poids de forme : kg  Taille : m  IMC : kg/m²  % de perte de poids sur 6 mois :  % de perte de poids sur 1 mois  *Echelle visuelle des ingesta : ../10* |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Clinique (tout ou partie)** | |
| ATCD/comorbidités :  Traitements : | Troubles digestifs : nausée, vomissement, diarrhée  Etat buccodentaire :  Anorexie : +/-  Perte de Masse :  Maigre : + / ++ / +++  Grasse : +/ ++ / +++  Œdèmes : + / ++ / +++  Escarres :  Activité Physique : normale, diminuée, alité |

|  |
| --- |
| **Marqueurs biologiques (si disponible)** |
| Albumine :  pré-albumine :  CRP :  Créatinine :  Leucocytes :  Hémoglobine : |
| **Apports nutritionnels (si disponible)** |
| Résultats enquête alimentaire si faite : ……… ..calories/jour, % prot, %lip, %gluc  Alimentation médicale : CNO, entérale, parentérale  *(Nom de produit nutrition : Apports : Kcal/24hs, g de protéines /24hs*  *Date de mise en place : )* |
| **Situation du moment (institution, à domicile)** : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  **Environnement familial et social** :  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

**Proposition de prise en charge**