

Fiche de liaison nutritionnelle

Date: .../.../... Etablissement : Service :
Diététicienne : Téléphone :

INFORMATIONS

Nom:..... Prénom :
Adresse : Date de naissance :
..... Tel :

STATUT NUTRITIONNEL

Poids actuel : Taille : IMC : (P/T²)
Poids de forme : Poids à l'entrée : Perte de poids :
Albuminémie : Dénutrition : modérée sévère grave
Evaluation des prises alimentaires :Kcal/24h Protéines :g/24h
Evaluation des apports hydriques :ml/24h

OBSERVATIONS GENERALES

Pathologie :
Antécédents :
Traitements :
Autonomie aux repas : autonome aide partielle aide totale portage des repas
Régime alimentaire :
Texture : Normale Tendre/hachée fin Mixée Semi-liquide Liquide
Troubles de la déglutition :
Hydratation : Restriction hydrique : quantité : ...ml/24h
 Liquide Epaisse Eau gélifiée Impossible
Transit intestinal :

ASSISTANCE NUTRITIONNELLE

Compléments nutritionnels oraux :

- Type : hypercalorique hypercalorique/hyperprotéiné
- Quantités :

Nutrition Artificielle: entérale parentérale partielle exclusive

- Date d'initiation : ... / .../.....
- Prescripteur : Prestataire :
- Modalités d'administration : gravité pompe
- Sondes : nasogastrique gastrostomie jéjunostomie bouton de gastrostomie
- Voie d'abord : VVP PAC KTC Picc-Line
- Nutriments prescrits :

Dénomination	Débit/heure	Volume/24h	Horaires d'administration

- Vitamines : Oligo-éléments :

Observations

.....
.....
.....