onco Paca-Corse
RÉSEAU RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE

DOCUMENT DE TRAVAIL (SOUS EMBARGO 12-2018)

Fiche patient diagnostic de dénutrition

Logo Etablissement

Réalisé par (nom) :

Fonction :

Date :

Patient

Nom :
Prénom :
Date de naissance (âge) : /____/____/_____/

Sexe : ☐ M ☐ F
Taille :
Poids :

Antécédents médicaux :

État nutritionnel

Poids habituel (kg): Poids idéal (kg)*: IMC (kg/m²)* = Perte pondérale (%)* = ☐ à 1 mois ☐ à 6 mois Albuminémie (g/l) = CRP (mg/l) =	Symptôme(s) alimentaire(s)	☐ Aucun ☐ Nausées ☐ Vomissements ☐ Troubles de la déglutition ☐ Fausse route ☐ Autres	Symptôme(s) digestif(s)	☐ Aucun ☐ Diarrhée ☐ Constipation ☐ Autres
	Appétit	☐ Conservé ☐ Modéré ☐ Inexistant	Régime(s) en cours	☐ Aucun ☐ CNO ☐ Poudre de protéines ☐ NE ☐ NPE

	Age < 70 ans			Age > 70 ans		
Perte pondérale	< 5 % à 1 mois ou < 10 % à 6 mois	> 5 % à 1 mois ou > 10 % à 6 mois	> 10 % à 1 mois ou > 15 % à 6 mois	< 5 % à 1 mois ou < 10 % à 6 mois	> 5 % à 1 mois ou > 10 % à 6 mois	> 10 % à 1 mois ou > 15 % à 6 mois
IMC	> 18,5	≤ 18,5	≤ 16	> 21	≤ 21	≤ 18
Albuminémie*	≥ 30	< 30	< 20	≥ 35	< 35	< 30
DIAGNOSTIQUE DE DÉNUTRITION	Situation normale	Dénutrition modérée	Dénutrition sévère	Situation normale	Dénutrition modérée	Dénutrition sévère

*Tenir compte de la valeur d'un éventuel syndrome inflammatoire (CRP) pour l'interprétation de ce taux : l'existence d'une CRP élevée diminue le taux de l'albuminémie.

Absence de dénutrition	Dénutrition modérée	Dénutrition sévère
• Équipe de soin Nom : Numéro :	• Diététicien(ne) Nom : Numéro :	• Médecin nutritionniste • Diététicien(ne) Nom : Numéro :
• Surveillance pondérale hebdomadaire • Critères de dépistage de premier niveau	• Surveillance pondérale hebdomadaire • Complémentation nutritionnelle	• Surveillance pondérale hebdomadaire • Alimentation artificielle envisagée

Si patient dénutri

Évaluation des besoins

Dépense énergétique au repos (kcal/j)* =

Niveau d'activité physique

☐ Patient alité, immobile = 1* ☐ Patient à activité physique modérée = 1,4*

☐ Patient en ambulatoire = 1,2*

Dépense énergétique journalière (kcal/j)* =
Dépense énergétique journalière corrigée (kcal/j)*=

Apport protéique (basée sur la DEJc) (g)* =

Orientation médicale envisagée

Type de nutrition prescrit : ☐ Orale ☐ Entérale ☐ Parentérale

Régime(s) prescrit(s) :

Complément(s) prescrit(s) :

Mise en place d'un suivi : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, durée :

Livret de recommandation diététique patient remis : ☐ Oui ☐ Non

COMPTE-RENDU DE CONSULTATION :