|  |
| --- |
| **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****( .. / .. / 2023)** |

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

|  |
| --- |
| **Identité du patient** |
| Initiales (deux premières lettres du prénom et du nom du patient):Sexe : Tranche d’âge : < 29 ans 30 – 49 ans 50 – 69 ans 70 et plus |
|  |

|  |
| --- |
| **Présentation** |
| Dossier présenté par (Nom/ Etablissement) : ………………………………………………………………………………………Pathologie principale : ……………………………………………………………………………………………………………………………Motif d’hospitalisation : (séjour)…………………………………………………………………………………………………………….Problématique actuelle : …………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Données anthropométriques**  |
| Poids actuel : kgPoids de forme : kgTaille : mIMC : kg/m²% de perte de poids sur 6 mois :% de perte de poids sur 1 mois Echelle visuelle des ingesta : ../10 |
|    |

|  |
| --- |
| **Clinique** |
| ATCD/comorbidités : Traitements : | Troubles digestifs : nausée, vomissement, diarrhéeEtat buccodentaire :Anorexie : +/-Perte de Masse :Maigre : + / ++ / +++Grasse : +/ ++ / +++Œdèmes : + / ++ / +++Escarres : Activité Physique : normale, diminuée, alitéType d’alimentation : orale, CNO, entérale, parentéraleType de produit : volume, tps de passage (NE, NP) |

|  |
| --- |
| **Marqueurs biologiques** |
| Albumine : pré-albumine : CRP : Créatinine :Leucocytes :Hémoglobine :  |
| **Apports nutritionnels** |
| Enquête alimentaire : ……… ..calories/jour, % prot, %lip, %glucAlimentation médicale : CNO, entérale, parentéraleNom de produit : Apports : Kcal/24hs, g de protéines /24hsDate de mise en place : |
| Situation lors de la RCP (institution, à domicile) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Environnement familial et social :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

**Proposition de prise en charge de la RCP**