

CONSULTATION DE SUIVI DIETETIQUE



Consultation n°

Suivi par* :

Date de la consultation* : / /

IDENTITÉ DU PATIENT*

Nom* : Prénom* :

Date de naissance* : Age :

Tél :

Médecin RéPOP :

L'enfant est accompagné par : mère père autre : _____

Poids : kg Perte Stabilisation Augmentation

Taille :cm Tour de Taille :cm

IMC : Diminution Stabilisation Augmentation

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES NUTRITIONNELS POSES PRECEDEMMENT*

Objectifs		Echelle de perception des objectifs				
Enfant/ado	Parents	Très difficile	Difficile	Accessible	Facile	Très facile
		_____ →				
		_____ →				
		_____ →				

CONSULTATION DE SUIVI DIETETIQUE

HABITUDES ALIMENTAIRES







Exemple des repas d'une journée (pour repérer facilement les grosses erreurs alimentaires, vous pouvez demander au patient de décrire les repas d'une journée qu'il a en mémoire)

PETIT DEJEUNER	<input type="checkbox"/> absent <input type="checkbox"/> inconstant <input type="checkbox"/> incomplet <input type="checkbox"/> excès <input type="checkbox"/> erreur composition <input type="checkbox"/> correct
EN CAS MATINEE	<input type="checkbox"/> collation école/collège/lycée
DEJEUNER	<input type="checkbox"/> incomplet <input type="checkbox"/> excès <input type="checkbox"/> erreur composition <input type="checkbox"/> correct <input type="checkbox"/> cantine
GOUTER	<input type="checkbox"/> absent <input type="checkbox"/> inconstant <input type="checkbox"/> incomplet <input type="checkbox"/> excès <input type="checkbox"/> erreur composition <input type="checkbox"/> correct
EN CAS APRES-MIDI	<input type="checkbox"/> grignotage
DINER	<input type="checkbox"/> incomplet <input type="checkbox"/> excès <input type="checkbox"/> erreur composition <input type="checkbox"/> correct
ENCAS APRES DINER	<input type="checkbox"/> grignotage

Commentaires :

CONSULTATION DE SUIVI DIETETIQUE

EVOLUTIONS DIÉTÉTIQUES PAR RAPPORT À LA DERNIÈRE CONSULTATION*

					A poursuivre
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grignotages, collation, encas...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goûter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boissons sucrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucreries/bonbons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits gras et sucrés et /ou salés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gros mangeur / se ressert à table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruits et légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fromage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilance des parents (achats/placard)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synthèse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AUTRES CHANGEMENTS OBSERVÉS

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Enfant/Ado

Environnement

CONSULTATION DE SUIVI DIETETIQUE

Objectifs thérapeutiques nutritionnels*

Enfant/Ado	Parents

Suivi diététique régulier souhaitable* :

Oui Non

Si oui, fréquence du suivi : _____

Commentaires :

Documents remis* :

- Guide INPES Recommandations générales Collation
 Légumes Grignotage Repas festifs
 Gros mangeur _____ _____

Prochain rendez-vous* :

- Consultation diététicienne : _____ Education thérapeutique
 Consultation psychologue : _____ Bilan CHU
 Séance d'APA Centre Montpribat