

# EVALUATION DIETETIQUE

Suivi par\* :

Date de la consultation\* : / /

## Identité du patient\*

Nom\* : ..... Prénom\* : .....

Date de naissance\* : ..... Age : .....

Tél : ..... Etablissement, Classe : .....

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 décidés avec le médecin\*

Objectifs	Echelle de perception des objectifs				
	Très difficile	Difficile	Accessible	Facile	Très facile
<b>En terme de poids</b> <input type="checkbox"/> Stabiliser le poids <input type="checkbox"/> Perdre du poids					
<b>En terme d'alimentation</b>	→				
<b>Autres</b>	→				

## Motivations :

## Représentations:

→

\* Items obligatoires

# EVALUATION 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

# EVALUATION DIETETIQUE

## Principales erreurs diététiques relevées\*

## Objectifs nutritionnels prioritaires\*

(Connaissances, compétences, comportements)

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 :       Consultation psychologue :  
 Séance d'APA       Centre Montpribat  
 Education thérapeutique

# EVALUATION DIETETIQUE

## Memento

(cocher les cases si le thème a été abordé)

### Environnement

- Motivation (parents, enfant)
- Lieux et durée des repas
- Repas en famille
- Présence et durée télévision/jour
- Activités physiques, fréquence
- Achats et préparation des repas (qui? Participation de l'enfant?)

### Diététique

- Rythmes alimentaires (fréquence petit déjeuner, collation, déjeuner, goûter, dîner)
- Variété
- Consommation, fréquence de chaque famille d'aliments
- Type de cuisine (familiale, industrielle, culturelle)
- Mode de cuisson (type de matières grasses)
- Consommation d'eau

### Comportement

- Représentation de la « bonne alimentation »
- Représentation du corps
- Plaisir à manger
- Confusion faim/envie
- Grignotage (Quand? Pourquoi? Quels aliments?)
- Hyperphagie ou restriction cognitive
- Effet de satiété
- Alimentation en fonction de l'humeur
- Obsession nourriture
- Néophobie alimentaire

### Commentaires