

EVALUATION DIETETIQUE

Suivi par* :

Date de la consultation* : / /

IDENTITE 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

IMC : Diminution Stabilisation Augmentation

OBJECTIFS DECIDES AVEC LE MEDECIN*

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

MOTIVATIONS :

REPRESENTATIONS:

* 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

BILAN DIETETIQUE :

OBJECTIFS DIETETIQUES NEGOCIES*

(Connaissances, compétences, comportements)

Enfant/Ado :

Parents :

SUIVI DIETETIQUE SOUHAITABLE* :

Oui Non

Si oui, fréquence du suivi :

Commentaires :

DOCUMENTS REMIS:

Guide INPES Recommandations générales

Autre (à préciser)

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
- Restriction cognitive
- Effet de satiété
- Alimentation en fonction de l'humeur
- Obsession nourriture
- Néophobie alimentaire

Commentaires :