

MON ALIMENTATION








Nom du patient: _____






N° de chambre: _____ Date: _____

Le présent formulaire nous aidera à mieux comprendre comment vous vous alimentez. Veuillez le remplir après avoir terminé **ce repas**. Si vous avez besoin d'aide pour le remplir, dites-le nous.


1. Faites la liste de toutes les boissons qui se trouvent sur votre plateau, y compris les jus, le thé, le café, le lait, les suppléments nutritionnels liquides, etc.
2. Faites un «X» dans le cercle qui représente la quantité de chaque boisson que vous avez bue.
3. Faites un «X» dans le cercle qui représente la quantité totale de nourriture que vous avez mangée en tenant compte de toute la nourriture servie dans votre plateau; cela comprend le plat principal, les accompagnements, la soupe, le pain et le dessert.
4. Faites la liste de tout aliment ou boisson que vous mettez de côté pour plus tard.
5. **Tournez la page** et répondez aux questions qui apparaissent au verso.

De quel repas s'agit-il? Déjeuner Dîner Souper

Qu'avez-vous bu et en quelle quantité?	 0% Je n'y ai pas touché	 25%	 50%	 75%	 100% J'ai tout bu
Exemple: <i>Lait</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelle quantité de tous les aliments de votre plateau avez-vous mangée?	 0% Je n'ai rien mangé	 25%	 50%	 75%	 100% J'ai tout mangé
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Indiquez tout ce que vous avez gardé pour plus tard (aliments et boissons): _____

Voir le verso 



Canadian Nutrition Society
Société canadienne de nutrition



Canadian Malnutrition Task Force™ | Le Groupe de travail canadien sur la malnutrition™

Advancing Nutrition Care In Canada / Améliorer les soins nutritionnels au Canada

Aviez-vous de l'appétit lors de ce repas?

- Beaucoup/assez
- Moins que d'habitude

Pourquoi aviez-vous moins d'appétit?

- Je n'avais pas envie de manger
- J'avais des nausées/vomissements
- J'étais fatigué(e)
- J'avais des douleurs
- J'avais mangé autre chose et n'avais plus faim
- Sans raison précise
- Autre : _____

Avez-vous eu des difficultés au cours de ce repas?

- J'ai eu besoin d'aide pour m'asseoir pour manger
- J'ai eu besoin d'aide pour ouvrir les emballages des aliments
- J'ai eu besoin d'aide pour manger et/ou boire
- Je n'ai pas aimé la nourriture qu'on m'a servie
- J'ai eu de la difficulté à mastiquer/avaler
- Je n'ai pas pu manger parce que je dois passer un examen aujourd'hui
- Je n'ai pas reçu ce que j'avais commandé (si l'hôpital offre des choix le menus)
- Mon environnement m'a coupé l'appétit
- Autre: _____
- Je n'ai pas eu de difficultés au cours de ce repas

Autres commentaires à formuler au sujet de votre alimentation : _____

Qui a rempli ce questionnaire? Patient Famille/ami/bénévole Membre du personnel

