

**Veillez cocher les cases correspondant à votre institution**



**EHPAD  
Feuille 1**

Date 

--	--	--	--	--	--	--	--

Center-Code 

--	--	--	--	--	--

Code du Service 

--	--	--	--	--	--

**Nombre des résidents dans le service**

**Nombre maximal de résidents dans le service**

**Nombre maximal de résidents dans l'institution**


**Avez-vous dans le service un/e diéticien/ne ou nutritionniste/e disponible ?**

- oui  
 no

**Avez-vous dans le service une personne référente en nutrition ?**

- oui  
 no

**Est-ce que vous dépistez régulièrement la dénutrition/ le risque de dénutrition parmi vos patients? (un seul choix possible)**

- une fois à l'admission  
 environ une fois par mois  
 4 - 6 fois par an  
 1 - 2 fois par an  
 jamais

**Evaluation de la dénutrition / du risque de dénutrition par : (multiples choix possibles)**

- Indice de masse corporelle (IMC)  
 courbe de poids  
 surveillance des apports alimentaires  
 état clinique  
 dépistage de la dénutrition (MNA, MUST...)  
 autres

**En routine, à quelle fréquence pesez-vous vos patients? (un seul choix seulement)**

- une fois à l'admission  
 environ une fois par mois  
 4 - 6 fois par an  
 1 - 2 fois par an  
 jamais

**Merci beaucoup!**