

CONSULTATION DE SUIVI DIETETIQUE

Consultation n° :

Date de la consultation* : / /

Nom du diététicien / de la diététicienne :

IDENTITE DU PATIENT*

Nom* : Prénom* :

Date de naissance* : Age :

Tél :

Date d'inclusion dans le RéPPOP : / /

Médecin RéPPOP qui suit l'enfant :

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

Poids / taille / IMC (à la dernière consultation médicale) :

Poids : kg **Taille** :cm **IMC** :

Facultatif : poids / taille / IMC à la consultation du jour (recommandé si dernière consultation médicale date de plus de 6 mois)

Poids : kg Taille :cm IMC :

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES FIXES AVEC LE MEDECIN

Echelle de perception Où se situe votre patient sur une échelle de 0 à 10 De « Très facile = 0 à Très difficile = 10 »		
Objectifs	Pour le patient et sa famille	Pour le diététicien
En terme d'alimentation :		
Autre :		

Commentaires :

CONSULTATION DE SUIVI DIETETIQUE

BILAN DE LA CONSULTATION DIETETIQUE

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 DIETETIQUES PAR RAPPORT A LA DERNIERE 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"/>
<u>Synthèse</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AUTRES CHANGEMENTS OBSERVES

DIFFICULTES RENCONTREES

Enfant/Ado

Environnement

OBJECTIFS DIETETIQUES NEGOCIES*

