



NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal 		N° Dossier :	Date de naissance :	Sexe :
Hôpital Maisonneuve-Rosemont  HMR40091		Nom, Prénom :		
		Nom de la mère :		
		Adresse :		
		Téléphone :		
		NAM :	Expiration :	
NUTRITION - DEMANDE DE CONSULTATION - CLIENTÈLE ADULTE HOSPITALISÉE				
SPÉCIALITÉ :		<input type="radio"/> HSCO <input type="radio"/> HMR		
DIAGNOSTIC (obligatoire) :				
MOTIF(S) DE CONSULTATION (obligatoire)				Délais visés
Priorité 1 : URGENTE				PEC ≤ 24-48 h
<input type="checkbox"/> Allergies alimentaires multiples - Spécifier aliment(s) : _____ Symptômes : _____				
<input type="checkbox"/> Nouveau soutien nutritionnel <input type="checkbox"/> entéral <input type="checkbox"/> parentéral <input type="checkbox"/> Dysphagie (Si AVC - dépistage positif, NPO ou soutien nutritionnel mal toléré) <input type="checkbox"/> Autres clientèles NPO sans soutien nutritionnel ou soutien mal toléré <input type="checkbox"/> Enseignement spécifique prescrit (Congé < 48h) Spécifier : Régime / symptômes : _____				
Priorité 2 : ÉLEVÉE				PEC ≤ 2-3 jours
<input type="checkbox"/> Dysphagie en lien avec l'épisode de soins ou connue mais détériorée et exacerbant le portrait médical NB : Pas de PEC si dysphagie connue et/ou sévère avec régime texture/consistance modifiées + acceptation des risques d'aspiration				
<input type="checkbox"/> Soutien nutritionnel en cours <input type="checkbox"/> entéral <input type="checkbox"/> parentéral <input type="checkbox"/> Risque de dénutrition / dénutrition (référer également à la tech. en diététique) Perte de poids significative Diminution importante des apports				
<input type="checkbox"/> Plaie-Stage : _____ (référer également à la tech. en diététique)				
<input type="checkbox"/> Dx <u>lié(s) avec l'épisode de soins actuel</u> nécessitant régime thérapeutique spécifique :				
<input type="checkbox"/> Cancer (bouche, œsophage-larynx, estomac) <input type="checkbox"/> Dx maladie gastro-intestinale (ex : Achalasie, presbyœsophagie, MII de novo, maladie cœliaque...) <input type="checkbox"/> Pancréatite aiguë <input type="checkbox"/> Diabète de Novo ou insulino-dépendant débalancé <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale aiguë ou hépatique avec déséquilibre électrolytique, biochimique et volumique <input type="checkbox"/> Cirrhose avec DOA (décompensation œdémato-ascitique)				
<input type="checkbox"/> Enseignement spécifique prescrit (Congé > 48h) Spécifier : Régime / _____ Symptôme : _____				
<input type="checkbox"/> Autre motif : _____				
<input type="checkbox"/> RÉFÉRER EN AMBULATOIRE toutes autres problématiques ex. : Surpoids, maladies chroniques sous contrôle (Diabète, hypertension, IRC...)				
Informations supplémentaires :				
Date :	Par :	# Permis :	Téléphone :	
Réponse du professionnel :				
<input type="checkbox"/> PEC effectuée par le professionnel <input type="checkbox"/> Non PEC : (ex. : révision par caucus, référence externe, refus du patient...) : _____				
Date :	Par :	# Permis :	Téléphone :	

