

**OUTIL DE CONCERTATION INTERDISCIPLINAIRE EN DYSPHAGIE**

**PARTIE 1 – CONCLUSION DE L'ÉVALUATION CONCERTÉE DES PROFESSIONNELS**

- Déglutition normale ou dans les limites de la normale
- Dysphagie Niveau d'atteinte :  à la phase orale  à la phase pharyngée  
 Degré de sévérité :  léger  modéré  sévère
- Risques d'aspiration / étouffement :
- Évaluation instrumentale recommandée :

**PARTIE 2 OBJECTIFS DE L'USAGER EN LIEN AVEC LA DYSPHAGIE**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**PARTIE 3 RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES**

- Non applicable selon nutritionniste : l'usager demeure NIL per os jusqu'à nouvel ordre.**

**Rappeler à l'usager les consignes suivantes:**

- Porter ses prothèses dentaires aux repas  Manger lentement  Ne pas parler en mangeant  
 Prendre de petites bouchées / gorgées  Bien mastiquer  Prendre une bouchée / gorgée à la fois  
 Prendre les liquides avant/après le repas  
 Autre – précisez :

**Hygiène orale :** .....  Nettoyer la cavité buccale et les dents avant et après l'alimentation :

**Positionnement recommandé à la déglutition / au repas**

- Assis(e) droit au fauteuil  Assis droit au lit  Rester assis(e) \_\_\_ minutes après les repas, la collation ou la médication.  
 Autre-précisez: .....

**Aide lors des repas :**  Totale  Partielle  Aucune

- Offrir un plat à la fois  Couper les aliments en petits morceaux  Utiliser une petite cuillère  Stimuler la prise alimentaire  
 Ouvrir les contenants

**Surveillance lors des repas :**  en tout temps  de façon régulière  Aucune

**Autre(s), précisez :** .....  
 .....

## Outil de concertation interdisciplinaire en dysphagie – Patient adulte hospitalisé ou hébergé

PARTIE 4 – RECOMMANDATIONS EN NUTRITION	DATE :	ÉVALUÉ PAR :	
<b>Voie d'alimentation et précisions :</b> _____			
<input type="checkbox"/> NPO strict <input type="checkbox"/> NPO mais avec quelques items per os permis pour stimulation. Spécifiez : ..... .....			
<input type="checkbox"/> Voie entérale, précisez l'accès: _____			
<input type="checkbox"/> Voie parentérale (Voir ordonnance d'alimentation parentérale)			
<input type="checkbox"/> Voie orale <b>Alimentation :</b> .....			
Consistance des liquides : <input type="checkbox"/> épaissi B4 <input type="checkbox"/> épaissi B10 <input type="checkbox"/> épaissi B18 <input type="checkbox"/> liquides clairs <input type="checkbox"/> Eau claire permise entre les repas <input type="checkbox"/> Autres spécifications : _____			
Texture des solides : <input type="checkbox"/> Purée <input type="checkbox"/> Hachée <input type="checkbox"/> Molle <input type="checkbox"/> Tendre <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Autres spécifications : _____			
Aliments multiphasés : <input type="checkbox"/> À éviter <input type="checkbox"/> Permis <input type="checkbox"/> À séparer en mangeant <input type="checkbox"/> Autres spécifications : _____			
<b>Prise de médicaments :</b> <input type="checkbox"/> Écrasés <input type="checkbox"/> Enrobés <input type="checkbox"/> Entiers <input type="checkbox"/> Autres : ..... <input type="checkbox"/> Aviser pharmacie, si usager nil per os			
<input type="checkbox"/> Stimuler l'alimentation et l'hydratation			
Aliments pour essais exercices en collaboration avec l'orthophoniste: _____			
<input type="checkbox"/> CF Rapport d'évaluation nutritionnelle		<input type="checkbox"/> Prise en charge individuelle planifiée en nutrition clinique	
<b>Signature du nutritionniste :</b>	# Permis	Date :	Heure :
PARTIE 5 – RECOMMANDATIONS EN ORTHOPHONIE	DATE :	ÉVALUÉ PAR :	<input type="checkbox"/> N/A
<b>Techniques et positions compensatoires</b>			
<input type="checkbox"/> Passer la langue dans la bouche après ____ bouchées, précision : _____			
<input type="checkbox"/> Avaler à sec _____ fois avant la prochaine bouchée / gorgée, précision : _____			
<input type="checkbox"/> Avaler à sec fréquemment lors des repas			
<input type="checkbox"/> Avaler fort, précision : _____			
<input type="checkbox"/> Alternier le solide et le liquide au repas, précision : _____			
<input type="checkbox"/> Tousser <input type="checkbox"/> Se râcler la gorge après avoir avalé, précision _____			
<input type="checkbox"/> Pencher la tête pour avaler <input type="checkbox"/> vers l'avant <input type="checkbox"/> vers la droite <input type="checkbox"/> vers la gauche			
<input type="checkbox"/> Tourner la tête pour avaler <input type="checkbox"/> vers la droite <input type="checkbox"/> vers la gauche			
<input type="checkbox"/> Autres : _____			
<input type="checkbox"/> Exercices de réadaptation de déglutition avec ces items* et fréquence: ..... .....			
*voir section nutrition "Aliments pour essais exercices en collaboration avec l'orthophoniste"			
<input type="checkbox"/> CF Rapport d'évaluation en orthophonie		<input type="checkbox"/> Prise en charge individuelle planifiée en orthophonie	
<b>Signature de l'orthophoniste :</b>	# Permis :	Date :	Heure :
PARTIE 6 – RECOMMANDATIONS EN ERGOTHÉRAPIE	DATE :	ÉVALUÉ PAR :	<input type="checkbox"/> N/A
<input type="checkbox"/> Stratégies de positionnement : ..... ..... .....			

## Outil de concertation interdisciplinaire en dysphagie – Patient adulte hospitalisé ou hébergé

<input type="checkbox"/> <b>Gestion de l'environnement :</b> <input type="checkbox"/> Éviter les sources de distraction <input type="checkbox"/> Placer les aliments à : <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche Autre, précisez : ..... .....		
<input type="checkbox"/> <b>Utilisation d'aides techniques :</b> <input type="checkbox"/> Grossisseur de manche <input type="checkbox"/> Ustensiles en angle <input type="checkbox"/> Bracelet métacarpien <input type="checkbox"/> Napperon antidérapant <input type="checkbox"/> Verre à découpe nasale <input type="checkbox"/> Verre à débit contrôlé <input type="checkbox"/> Assiette creuse <input type="checkbox"/> Autres, précisez: .....		
<input type="checkbox"/> <b>Autres stratégies, précisez :</b> ..... .....		
<input type="checkbox"/> <b>CF Rapport d'évaluation en ergothérapie</b> <input type="checkbox"/> <b>Prise en charge individuelle planifiée en ergothérapie</b>		
<b>SIGNATURE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE :</b>	<b># PERMIS</b>	<b>DATE :</b>
.....		
<input type="checkbox"/> Les soins infirmiers sont avisés des résultats de la concertation et des recommandations pour la prise en charge de l'usager.		
.....		
.....		
<b>PARTIE 7 — SIGNATURES UNE FOIS L'OUTIL DE CONCERTATION COMPLÉTÉ</b>		
<b>Signature de la nutritionniste :</b>	<b># Permis :</b>	<b>Date :</b>
<b>Signature de l'ergothérapeute :</b>	<b># Permis :</b>	<b>Date :</b>
<b>Signature de l'orthophoniste :</b>	<b># Permis :</b>	<b>Date :</b>