Suivi nutritionnel, le travail en réseau

GALMES Corinne
Diététicienne resp. Hôpital Riviera

Plan

- Hôpital Riviera
- Dépistage et outils
- Transmission au sein du réseau
- Quelques chiffres

Présentation de l'hôpital Riviera

Site du Samaritain / Vevey Lits = 122	Site de Montreux Lits = 100	Site de la Providence / Vevey Lits = 86	Site de Mottex / Blonay Lits = 54
Hospitalisation: Pédiatrie (-16 ans) Gynécologie, obstétrique Médecine ORL Soins intensifs de médecine **Urgences 24h / 24** Pédiatriques y compris chirurgie pédiatrique Médecine interne, Gynécologiques, Obstétricales	**Hospitalisation**: Chirurgie pour adultes Chirurgie générale : traumatologique neurochirurgicale, opthalmologique, urologique, Soins intensifs chirurgicaux **Urgences 24h / 24:** Chirurgicales (adultes)	**Hospitalisation**: Chirurgie orthopédique Chirurgie maxillo-faciale Chirurgie plastique et reconstructive Dialyse Oncologie Suite de traitements et réadapatation Soins palliatifs	**Hospitalisation**: Suite de traitements et réadapatation Soins palliatifs

Dépistage de la dénutrition

- Questions PAM (Poids, Appétit, Mobilité) dans l'anamnèse médicale

- **Statut nutritionnel**
- Dans les 3 derniers mois : non oui Consultation diététique

- - Perte de poids involontaire ☐ ○ ○ (bon à remplir)
- - Perte d'appétit ☐ ☐
- - Perte de mobilité ☐ ☐

- Si 2 x OUI ou + risque de dénutrition ○ (bon à remplir)

Bon de consultation diététique

- **Demande de consultation diététique**
- Montreux : apporter en cuisine
- Mottex et Providence : faxer au 5565
- Samaritain : faxer au 4631
- **Consultation demandée pour :**

Service :
N° chambre :

- Etiquette ou
- **Nom** : ……
- **Prénom** : ……
- **Année de naissance** : ……..
- ____

Diagnostic :

- **Poids** : ……..**Taille** : ……

- **Motif de la demande** :
- ☐ Dénutrition : ☐ Perte d'appétit
- ☐ Perte de poids involontaire
- ☐ Perte de mobilité
- ☐ Réalimentation :_____
- ☐ Bilan nutritionnel (3 jours)
- ☐ Organisation d'une alimentation entérale (calculs des besoins)
- ☐ Conseils alimentaires pour le retour à domicile :
  Type de régime : ……
  Départ prévu le : ……..
- ☐ Autres : ……
- ____

Date : **Signature du médecin :**

Fiche de transmission nutritionnelle

Diététicienne dipl. Vevey, le
021/

TRANSFERT DU à h

Fiche de transmission nutritionnelle

- Nom : Prénom :
- Année de naissance :
- Diagnostic :
- *Départ de :* *Destination :*

Alimentation à l'hôpital du

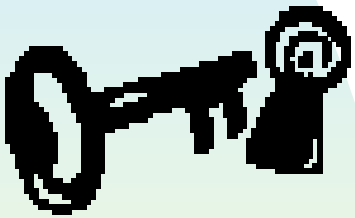
Régime :
Portion :
Goûts et aversions : + + + :
– – – :
Interventions de la diététicienne :
✓ Date :
✓ Date :
✓ Date

Alimentation dès la sortie de l'hôpital

Régime :
Autres remarques :
Suivi conseillé par la diététicienne du CMS : ☐
Documents joints :
Bilan de facteurs de risques de dénutrition : ☐
Feuille de suivi nutritionnel : ☐

Statistiques des transmissions 2003 - 2004					
	2003			2004	
	Sites aigus	CTR		Sites aigus	CTR
Prises en charge	1714			1836 (+ 7.1%)	
Prises en charge patients âgés dénutris	615	71		687 (+ 12%)	122 (+ 73%)
BFR	Pas de statistiques			23	47
Transmissions	139	15		270 (+ 94 %)	32 (+110%)

Conclusion



Dépistage

+

Prise en charge

+

Transmission

=

Clef d’un bon suivi nutritionnel

Merci de votre attention !!