

Critères		oui	non
<p>1. Indice de masse corporelle (IMC) Poids : ___ kg ou ___ lb. date : _____ poids mesuré : <input type="checkbox"/> ou rapporté : <input type="checkbox"/> Taille : ___ m ou ___ pieds <i>Consultez le tableau à l'endos</i></p>	<p>IMC < 21 Ou le patient est maigre (observation) IMC > 30 Ou le patient est obèse (observation)</p>		
<p>2. Perte de poids non voulue dans les six derniers mois : Si oui, combien : ___ kg ___ lb. En combien de temps : ___ sem. ou ___ mois</p>	<p><i>Le patient a une perte de poids récente non voulue</i></p>		
<p>3. Albumine sérique : _____ g/L Date du prélèvement : _____</p>	<p><i>Le patient a une albumine sérique inférieure à 35 g/L</i></p>		
<p>4. Problèmes reliés aux symptômes digestifs limitant l'apport alimentaire (au moins un symptôme)</p>	<p><i>Le patient a des symptômes digestifs <u>persistants</u></i> <input type="checkbox"/> Diarrhées <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Reflux gastro-oesophagien <input type="checkbox"/> Ballonnement abdominal</p>		
<p>5. Problèmes reliés à la difficulté à s'alimenter (au moins une condition)</p>	<p><i>Le patient a de la difficulté à s'alimenter</i> <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler ou à mastiquer <input type="checkbox"/> Difficulté à préparer les repas <input type="checkbox"/> Apports alimentaires réduits <input type="checkbox"/> Moins de trois repas/jour <input type="checkbox"/> Dyspnée aux repas</p>		
<p>6. Autres conditions médicales associées (au moins une condition)</p>	<p><i>Le patient souffre de :</i> <input type="checkbox"/> Infections respiratoires récurrentes <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Plaies, ulcères de décubitus <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Condition exigeant une corticothérapie à long terme</p>		