

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 &lt; 21  Ou le patient est maigre (observation)    IMC &gt; 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>		