

IDENTIFICATION DES PROBLÈMES RELIÉS À L'ALIMENTATION ET À LA PRISE DE MÉDICATION

Date : _____

Heure : _____

Nom de la personne qui fait les observations : _____ L'alimentation se déroule : ☐ au lit ☐ au fauteuil

Avant les repas	Non	Oui	Pendant le repas
Difficulté à contrôler sa salive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèses dentaires <input type="checkbox"/> Porte <input type="checkbox"/> Ne porte pas <input type="checkbox"/> Mal ajustées
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grosseur des bouchées/gorgée <input type="checkbox"/> Petites <input type="checkbox"/> Grosses
Râles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rythme du repas <input type="checkbox"/> Lent <input type="checkbox"/> Rapide <input type="checkbox"/> Normal

Si vous avez coché OUI à un item de cette section, aviser l'ergothérapeute	Non	Oui	Moyen compensatoire
Problème de positionnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Incapacité à utiliser ustensile/vaisselle/paille/verre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficulté à amener les aliments vers la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si vous avez coché OUI à un item de cette section, avisez la nutritionniste et l'orthophoniste	Non	Oui
Difficulté à mastiquer : <input type="checkbox"/> Absence de mastication <input type="checkbox"/> Lenteur <input type="checkbox"/> Faiblesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les liquides coulent de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La nourriture ressort de la bouche (recrache)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflux nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportements atypiques : <input type="checkbox"/> De succion <input type="checkbox"/> De morsure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à initier la déglutition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doit faire plusieurs déglutitions par bouchée/gorgée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garde longtemps la nourriture dans la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les aliments collent au palais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarras laryngé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à vider complètement la bouche après avoir avalé (résidus alimentaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux : <input type="checkbox"/> Avant déglutition <input type="checkbox"/> Après déglutition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec quels aliments : _____		
Avec quelle médication : _____		
Étouffement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec quels aliments : _____		
Avec quelle médication : _____		
Présence de râles : <input type="checkbox"/> Pendant le repas <input type="checkbox"/> À la fin du repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à la déglutition : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation de blocage au niveau de la gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changement de la voix au cours du repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres incapacités associées :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asymétrie/faiblesse/parésie faciale <input type="checkbox"/> Difficulté à articuler <input type="checkbox"/> Difficulté à communiquer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervention suite aux observations : _____		

Commentaires/remarques : _____

