

**DEPISTAGE ET PRISE EN**  
**CHARGE DE LA**  
**DENUTRITION des**  
**personnes de 70 ans et plus**

**REDACTION**

Docteur **MARTORELL-JAULENT** Catherine  
Medecin coordonnateur

**VALIDATION**

Monsieur **CASTAIGNE** Jean-Emmanuel,  
Directeur

**OBJECTIFS**

- Définir la dénutrition
- Définir les critères permettant le diagnostic de dénutrition
- Améliorer le diagnostic de la dénutrition à l'aide d'outils adaptés et validés
- Savoir respecter les conseils du programme national nutrition santé
- Suivre les conseils spécifiques concernant l'alimentation des personnes âgées
- Etablir des modalités de surveillance de l'état nutritionnel de la personne âgée
- Elaborer une stratégie de prise en charge nutritionnelle
- Identifier les nécessités de prise en charge particulières

**REFERENCES**

- Recommandation HAS avril 2007
- Fédération française de nutrition
- Recommandation HAS du 10 novembre 2021

**DOMAINE D'APPLICATION**

- Concerne l'ensemble des résidents de l'EHPAD

**DESTINATAIRES**

- Cadre
- IDE
- Aides-soignantes
- Assistantes aux soins et à l'hébergement
- Ergothérapeute
- Personnels de cuisine
- Diététicienne
- Médecins traitants et médecin coordonnateur

## DEFINITIONS

La dénutrition représente l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel. Le déséquilibre nutritionnel est caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif.

La dénutrition peut être liée à un ou à plusieurs des facteurs suivants :

- Un déficit d'apport protéino-énergétique
- Une augmentation des dépenses énergétiques totales
- Une augmentation des pertes énergétiques et/ou protéiques

Le déséquilibre inhérent à la dénutrition conduit à des effets délétères sur les tissus avec des changements mesurables des fonctions corporelles et/ou de la composition corporelle, associés à une aggravation du pronostic des maladies, à une diminution de la qualité de vie, et plus particulièrement chez les personnes âgées à une augmentation du risque de dépendance. Il s'installe une spirale délétère entre les causes et les conséquences de la dénutrition.

La dénutrition partage des critères diagnostics avec la fragilité, la sarcopénie et la cachexie . L'identification d'une de ces situations doit conduire à rechercher une dénutrition.

## DIAGNOSTIC

Critères diagnostics de la dénutrition définis par les recommandations de l'PHAS validées le 10 novembre 2021

### Le diagnostic repose sur l'association d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique

Le diagnostic est un préalable obligatoire avant de juger de la sévérité

Les critères phénotypiques reposent exclusivement sur des données non biologiques

**Pour le diagnostic un seul critère suffit :**

- Perte de poids  $\geq 5\%$  en 1 mois ou  $\geq 10\%$  en 6 mois par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
  - IMC  $< 22 \text{ kg/m}^2$
- Sarcopénie confirmée : le consensus européen définit la sarcopénie confirmée comme l'association d'une réduction de la force et d'une réduction de la masse musculaire

### Les outils

Mesure de la sarcopénie	Homme	femme
Réduction de la force musculaire		
5 lever de chaise sans s'aider de ses bras(Bras croisés sur la poitrine)	> 15 secondes	> 15 secondes
Force de préhension en kg Mesurée au dynamomètre	<16 kg	<27 kg
Réduction de la masse musculaire		
Masse musculaire appendiculaire en kg	< 15	< 20
Index de masse musculaire appendiculaire en kg / m <sup>2</sup>	< 5, 5	< 7

Pour réaliser l'évaluation, la personne doit se lever d'une chaise à cinq reprises le plus rapidement possible, sans l'aide de ses bras (bras croisés sur la poitrine). L'évaluateur note le temps que la personne prend à effectuer les cinq répétitions

La DEXA et l'impédancemétrie sont les outils utilisés pour mesurer la masse musculaire

La DEXA scan permet de séparer trois compartiments (masse grasse, masse maigre et contenu minéral osseux) par un traitement informatique des mesures physiques

L'impédancemétrie est une mesure de la résistance au passage du courant électrique. Cet examen, facile à effectuer, mesure avec une certaine sensibilité et spécificité l'eau totale et extracellulaire, et permet d'en déduire la masse maigre et la masse grasse.

### **Concernant l'anthropométrie, la mesure du tour de mollet < 31 cm est proposée**

Au sein de notre EHPAD la mesure de la sarcopénie est incluse dans le bilan d'entrée réalisé par le masseur kinésithérapeute, bilan de la mobilité, motricité du résident (ANNEXE)

### **Calcul de l'IMC**

Pour calculer l'IMC, le poids et la taille doivent être mesurés.

La taille doit être mesurée en priorité par toise.

En cas d'incapacité à tenir debout, il est recommandé d'utiliser la formule de Chumlea (taille du corps entier extrapolée à partir de la distance talon-genou).

- Femme : taille (cm) =  $84,88 - 0,24 \times \text{âge (années)} + 1,83 \times \text{taille de la jambe (cm)}$ .
- Homme : taille (cm) =  $64,19 - 0,04 \times \text{âge (années)} + 2,03 \times \text{taille de la jambe (cm)}$

**Les critères étiologiques** sont les suivants (1 seul critère suffit) :

- Réduction de la prise alimentaire  $\geq 50\%$  pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport : • à la consommation alimentaire habituelle, • ou aux besoins protéino-énergétiques ;
- Absorption réduite (malabsorption/maldigestion) ;
- Situation pathologique (avec ou sans syndrome inflammatoire) : • pathologie aiguë, • ou pathologie chronique, • ou pathologie maligne évolutive.

Si, au cours du suivi, il y a une disparition du critère étiologique (reprise de l'alimentation, guérison d'une maladie),

le diagnostic de dénutrition persiste tant que persiste le critère phénotypique.

La dénutrition étant le plus souvent multifactorielle chez le sujet âgé, il est nécessaire, une fois le diagnostic de dénutrition porté, de réaliser un bilan étiologique complet à la recherche d'autres critères étiologiques, orienté par l'interrogatoire et l'examen clinique.

Lorsque le diagnostic de dénutrition est établi, il est recommandé de déterminer la présence de critères de sévérité.

Les critères de dénutrition sévère sont les suivants (1 seul critère suffit) :

– IMC  $< 20 \text{ kg/m}^2$  ; – perte de poids : •  $\geq 10\%$  en 1 mois, • ou  $\geq 15\%$  en 6 mois, • ou  $\geq 15\%$  par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ; – albuminémie  $\leq 30 \text{ g/L}$ \*. \* Les méthodes fiables de mesure sont l'immuno néphélométrie ou immuno turbidimétrie. L'estimation de l'albuminémie à partir de l'électrophorèse des protéines ne doit pas être utilisée.

Diagnostic de la dénutrition de l'adulte (70 ans et plus) Une dénutrition est-elle présente ?

Critères pour le diagnostic de dénutrition : présence d'au moins **1 critère phénotypique et 1 critère étiologique**

Critères phénotypiques (1 seul critère suffit)	Critères étiologiques (1 seul critère suffit)
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Perte de poids <math>\geq 5\%</math> en 1 mois ou <math>\geq 10\%</math> en 6 mois ou <math>\geq 10\%</math> par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.</li> <li>– IMC <math>&lt; 22 \text{ kg/m}^2</math>.</li> <li>– Sarcopénie confirmée par une réduction quantifiée de la force et de la masse musculaire (confère texte de la recommandation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Réduction de la prise alimentaire <math>\geq 50\%</math> pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques.</li> <li>– Absorption réduite (malabsorption/maldigestion).</li> <li>– Situation d'agression (avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive.</li> </ul>

OUI

OUI

NON

OU

<p>Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <math>20 \leq \text{IMC} &lt; 22 \text{ kg/m}^2</math>.</li> <li>– Perte de poids <math>\geq 5\%</math> et <math>&lt; 10\%</math> en 1 mois ou <math>\geq 10\%</math> et <math>&lt; 15\%</math> en 6 mois ou <math>\geq 10\%</math> et <math>&lt; 15\%</math> par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.</li> <li>– Albuminémie* <math>\geq 30 \text{ g/L}</math>.</li> </ul>	<p>Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– IMC <math>&lt; 20 \text{ kg/m}^2</math>.</li> <li>– Perte de poids <math>\geq 10\%</math> en 1 mois ou <math>\geq 15\%</math> en 6 mois ou <math>\geq 15\%</math> par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.</li> <li>– Albuminémie* <math>&lt; 30 \text{ g/L}</math>.</li> </ul>	<p>Patient non dénutri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– En cas d'évènement clinique intercurrent (infection, chirurgie...) ou de diminution de l'appétit ou des consommations alimentaires, rapprocher la surveillance du poids, de l'appétit et des consommations alimentaires à une fois par semaine.</li> </ul>
--	---	--

Un seul critère de dénutrition sévère prime sur un ou plusieurs critères de dénutrition modérée.

\* Mesure de l'albuminémie par immuno néphélémétrie ou immuno turbidimétrie. Les seuils d'albuminémie sont à prendre en compte quel que soit l'état inflammatoire.

Prise en charge nutritionnelle à adapter selon le degré de sévérité de la dénutrition

Surveillance de l'évolution de l'état nutritionnel

– Quel que soit le statut nutritionnel, la surveillance repose sur :

- la mesure du poids ;
- le calcul de l'IMC ;
- l'évaluation de l'appétit ;
- l'évaluation de la consommation alimentaire ;
- la force musculaire –

En EHPAD : à l'entrée, puis au moins une fois par mois, et à la sortie.

PRECONISATIONS

- Conseils nutritionnels : respecter les conseils du programme nationale nutrition santé :

- Viandes, poissons ou œufs 2 fois par jour
- Lait et produits laitiers 3 à 4 fois par jour
- Pain, autres produits céréaliers, pommes de terre ou légumes secs à chaque repas
  - Au moins 5 portions de fruits ou de légume par jour
  - 1,5 à 2 litres d'eau par jour (sans attendre la sensation de soif)

- Conseils spécifiques pour les personnes âgées :

- S'assurer que la personne consomme au moins 3 repas par jour et lui proposer une collation l'après-midi
- Limiter la période de jeun nocturne en retardant l'horaire di diner, en avançant l'horaire du petit déjeuner ou en proposant (de façon systématique si nécessaire) une collation nocturne (si possible)
  - Utiliser de façon prioritaire des aliments riches en énergie et / ou en protéines
- Adapter les menus aux goût des résidents en tenant compte de la texture des aliments et de la capacité de mastication et de la déglutition
  - Organiser une aide au repas sur le plan technique et une aide humaine si nécessaire
    - Présenter les repas dans un environnement convivial et agréable

Attention : Ces points doivent faire l'objet d'une concertation avec le service de restauration et doivent être inscrits au « cahier des charge restauration »

- Les situations les plus fréquentes à risque de dénutrition sans lien avec l'âge

- Les cancers
  - Les défaillances d'organes chroniques et sévères (cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique)
  - Les pathologies digestives à l'origine de mal digestion et/ou de malabsorption
    - L'alcoolisme chronique
  - Les pathologies infectieuses ou inflammatoires chroniques

- Les situations à risque de dénutrition plus spécifiques de la personne âgée :

Certaines situations peuvent favoriser la dénutrition ou y être associées. Chacune de ces situations doit alerter le professionnel de santé et l'entourage, a fortiori si plusieurs circonstances sont associées.

De plus, de nombreuses pathologies peuvent s'accompagner d'une dénutrition en raison d'une anorexie. L'anorexie est un symptôme fréquent chez la personne âgée, en présence duquel il est nécessaire de rechercher systématiquement une cause.

- Psycho-socio-environnementales : Isolement social, Deuil, Maltraitance, Hospitalisation, Changement des habitudes de vie : entrée en institution Les cancers
- Troubles bucco-dentaires : Trouble de la mastication, Mauvais état dentaire, Appareillage mal adapté, Sécheresse de la bouche, Candidose oro-pharyngée, Dysgueusie
- Troubles de la déglutition : Pathologie ORL, Pathologie neurodégénérative ou vasculaire.
  - Troubles psychiatriques : Syndromes dépressifs, Troubles du comportement
    - Syndromes démentiels : Maladie d'Alzheimer, Autres démences
  - Autres troubles neurologiques : Syndrome confusionnel, Troubles de la vigilance, Syndrome parkinsonien
- Traitements médicamenteux au long cours : Poly médication, Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, Corticoïdes au long cours
- Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique : Douleur, Pathologie infectieuse, Fracture entraînant une impotence fonctionnelle, constipation sévère.
- Régimes restrictifs : Sans sel, Amaigrissant, Diabétique, Hypcholestérolémiant, Sans résidu au long cours

Note : Référence HAS 2007 « stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique de la personne âgée.

## ORGANISATION CHRONOLOGIQUE DU SUIVI DE L'ETAT NUTRITIONNEL

### 1- Avant ou lors de la préparation de l'entrée du résident dans l'EHPAD

Il convient d'être renseigné sur les éléments suivants :

- Poids et taille actuelle
- Poids 1 ou 6 mois avant l'entrée (Recherche d'une perte de poids récente)
- Aide à l'alimentation (Pour se servir, Pour manger, Utilisation de couverts ergonomiques) — Antécédent de fausse route et fréquence
- Texture habituelle des repas (Normale, Hachée, Mixée ou Eau gélifiée)
- Régime particulier (Diabétique, sans sel, sans résidu, hyperprotidique ou autre)
- Port de prothèse dentaire —Présence d'une sonde gastrique à demeure
- Trouble du comportement alimentaire (Anorexie, alcoolisme, boulimie)

### 2- Dans le premier mois de l'entrée du résident dans l'EHPAD

- Poids, mesure de la hauteur talon-genou e
- Calcul de l'IMC,
- Evaluation de l'état bucco-dentaire par l'infirmière,
- Evaluation des aides à l'alimentation en coordination par l'équipe soignante,

- Evaluation de la texture des repas en coordination par l'équipe soignante et le responsable du restaurant,
- Recherche de critère étiologique de dénutrition

### 3- Tout au long de la période d'hébergement du résident dans l'EHPAD

- Suivi systématique mensuel du poids pour l'ensemble des résidents («Programme d'aide au diagnostic de dénutrition et de suivi mensuel»).
- Suivi hebdomadaire du poids pour les résidents en état de dénutrition diagnostiqué (« Liste mensuelle des résidents en dénutrition modérée ou sévère »).
- Bilan médical à préconiser et réalisé par le médecin traitant dès que la dénutrition a été dépistée et pour son suivi avec une recherche étiologique et la réalisation d'exams biologiques (Albuminémie +/-CRP).
- De façon contextuelle par l'équipe soignante : réévaluation de l'état bucco-dentaire, des aides à l'alimentation et de la texture des repas.
- Pour tous les patients dépistés dénutris : évaluation semi-quantitative des ingestas.
- En cas de dénutrition sévère et persistante malgré une prise en charge alimentaire adapté voir conduite à tenir avec la diététicienne et le médecin traitant

#### Note

Un résident peut bénéficier d'un enrichissement de son alimentation alors que son cas ne correspond pas aux critères prévus par la procédure de dépistage. Ce cas correspond le plus souvent à des contextes pathologiques particuliers (Néoplasie, infection etc.). Nous dirons qu'il s'agit de résidents « Nutri-requérants »

### PROCOLE DE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE (plan d'action)

- La diététicienne élabore chaque mois la « Liste des résidents en dénutrition modérée ou sévère » à l'aide du « Programme d'aide au diagnostic de la dénutrition et de suivi mensuel » ainsi que la liste des résidents « Nutri-requérants »
- Une d'information » est adressée au médecin traitant pour les cas dépistés afin de favoriser la recherche d'un facteur étiologique
- Le Médecin (médecin traitant et/ou médecin coordonnateur) : - confirme le diagnostic de dénutrition ET définit l'objectif nutritionnel
- Un « traitement nutritionnel curatif » ou « démarche de soin de confort » intégré dans le cadre du projet de soin.
- L'objectif protéino-énergétique dans le cadre d'un support curatif : atteindre un apport calorique de 30 à 40 Kcal/Kg/jour et un apport protidique de 1,2 à 1,5 g /Kg /Jour. (En faisant intervenir la diététicienne Dans le cas de dénutrition modérée, en collaboration avec une diététicienne)  
il est toujours recommandé de débiter la nutrition orale par une alimentation enrichie. (Voir en ANNEXE « fiche conseil pour l'enrichissement des repas ») Il faut cependant tenir compte de la présence d'un trouble de la déglutition
- Vérifier que les prises alimentaires restent suffisantes : cf. aide au support nutritionnel HAS 2007.
- Dans le cas de dénutrition d'emblée sévère ou après échec de l'enrichissement, les compléments nutritionnels oraux sont proposés. Ils sont présentés sous forme de desserts lactés, de potages, de repas complets ou de boissons.
- Dans un contexte de fin de vie, la procédure peut être modifiée.
- Dans tous les cas l'aide soignante met en place la «Fiche de surveillance semi quantitative des ingestas» pour chaque résident dénutri modéré ou sévère et assure la traçabilité des prises alimentaires
- L'aide-soignante participe à l'évaluation de l'état bucco-dentaire, de l'aide à l'alimentation et au choix de la texture des aliments en coordination avec l'infirmière.

- Ce protocole est mis en place au moment du diagnostic et sera maintenu jusqu'à l'efficacité du support nutritionnel.
- Les Infirmières et l'infirmière coordinatrice : la mise en place et la surveillance des protocoles de renutrition.
- Les Infirmières et l'infirmière coordinatrice organisent le suivi du poids des résidents (mensuel ou hebdomadaire en cas de dénutrition),
- Elles supervisent la commande et le suivi des CNO (Fiche de planification des CNO).

Une évaluation collective de l'efficacité de la prise en charge doit être effectuée au bout d'un mois en cas de dénutrition modérée et toutes les semaines en cas de dénutrition sévère lors des réunions de transmissions. En cas d'échec constaté avec non amélioration du statut nutritionnel du résident (dénutrition sévère ou modérée et persistante) : Le recours à une diététicienne est préconisé avec la mise en place d'une « Fiche de surveillance quantitative des ingestas » pour une durée de 3 à 5 jours avec la participation des AS. La diététicienne évaluera la bonne adéquation entre les besoins nutritionnels protéino-caloriques, les apports alimentaires (repas enrichis et CNO) et les prises alimentaires effectives par le résident.

**RAPPEL** - Différents modes de prise en charge nutritionnelle :

- La prise en charge nutritionnelle orale : elle comporte des conseils nutritionnels, une aide à la prise alimentaire, une alimentation enrichie, des compléments nutritionnels oraux ou la prescription de médicaments adjuvants ou de micronutriments.
- La prise en charge nutritionnelle entérale par sonde naso-gastrique ou par gastrostomie ne peut être envisagée qu'après échec de la prise en charge orale ou dans des cas sévères avec accord préalable de la famille. Sa mise en place est réalisée lors d'une hospitalisation.
- La prise en charge nutritionnelle parentérale, uniquement lorsque le tube digestif n'est pas fonctionnel. Sa réalisation est envisageable uniquement dans des structures spécialisées et pour des cas particuliers.

**CONSEILS POUR L'ENRICHISSEMENT DES REPAS** : - L'alimentation enrichie a pour objectif d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume. Il s'agit d'un enrichissement en énergie et en protéines et non pas seulement en protéines

Elle consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits, tels que de la poudre de lait, du lait concentré entier, du fromage râpé, fondu, des œufs, de la crème fraîche, du beurre fondu, de l'huile. Il est également possible d'utiliser des pâtes ou des semoules enrichies en protéines.

Note: Pour une aide à la pratique d'enrichissement des repas voir la fiche « Modalités d'enrichissement des repas » produite par HAS en annexe.

**CONSEILS POUR L'UTILISATION DES COMPLEMENTES NUTRITIONNELS ORAUX (CNO) :**

- Ils sont indiqués uniquement après échec de l'enrichissement de l'alimentation ou d'emblée pour les dénutritions sévères.
- Ils doivent être présentés comme un traitement de la dénutrition.
- Il existe des CNO hyper-énergétiques et/ou hyperprotidiques, de goûts variés, avec ou sans lactose et de différentes textures (liquide, crème). Plusieurs types de produits sont disponibles (desserts lactés, potage, repas complet, jus de fruits etc.).
- L'objectif est de couvrir les besoins nutritionnels en association avec les prises alimentaires enrichies ou non du patient. Il s'agit de ce fait d'une **prescription médicale**. On ne peut déterminer à priori le nombre de CNO à prescrire.
- Le CNO peuvent être pris pendant les repas et doivent alors être pris en plus du repas et non à la place du repas. Lorsqu'ils sont donnés au moment des collations, il est recommandé de les proposer environ 2 heures avant ou après les repas.
- Il faut adapter les saveurs au goût du résident (salé, sucré, lacté). Cependant il faut savoir qu'un CNO lacté a un apport protidique très supérieur à celui d'un CNO type jus de fruit HC : ils ne sont pas interchangeables. Il est possible de modifier la texture des boissons avec une poudre épaississante. Les produits sucrés sont souvent les plus appréciés s'ils sont servis frais. Pour les compléments à servir chauds, il est souvent possible de les réchauffer au bain-marie ou au four à micro-ondes.
- Une fois ouvert un CNO peut être conservé 2 heures à température ambiante et jusqu'à 24 heures au réfrigérateur.
- L'opportunité de la continuation de la prise des CNO doit être réévaluée chaque mois en fonction des résultats sur le poids, de la possibilité de réaliser des apports alimentaire, d'une pathologie sous-jacente et de la tolérance.

## Modalités d'enrichissement des repas

### ◆ Les potages

En y ajoutant des pâtes à potage, du tapioca, du pain, des croûtons, de la crème fraîche, du beurre, du fromage (gruyère, crèmes de gruyère...), du lait en poudre, des œufs, du jambon. Penser aux soupes de poissons

◆ Les entrées Compléter les crudités avec des œufs durs, du jambon émincé, des lardons, des dés de poulet, du thon, des sardines, des harengs, des crevettes, du surimi, des cubes de fromage, des croûtons, du maïs, des raisins secs, des olives... Varier avec du saucisson, des pâtés, des salades de pommes de terre ou de céréales, des entrées pâtisseries...

### ◆ Le plat protidique

Choisir des plats naturellement riches, tels que des viandes en sauce, des soufflés, des gratins de poisson, des quenelles, des lasagnes, des pâtes farcies...

### ◆ Les légumes

Les servir plutôt en béchamel, en sauce blanche ou en gratins enrichis avec du lait en poudre, du gruyère, de la crème fraîche, du beurre, des œufs, de la viande hachée...

### ◆ Les purées

En ajoutant des jaunes d'œufs, du gruyère ou autre fromage râpé, du lait en poudre...

### ◆ Les pâtes et le riz

En les additionnant de parmesan ou gruyère râpé, de beurre, de crème fraîche, de jaunes d'œufs comme pour la carbonara, de lardons, de jambon, de viande hachée comme pour la bolognaise, de petits pois, avec des morceaux d'omelette comme pour le riz cantonnais...

### ◆ Les laitages et desserts

En incorporant du lait en poudre, du lait concentré sucré, de la crème fraîche, de la confiture, du miel, de la crème de marron, du caramel, du chocolat, des nappages à la fraise, des fruits comme la banane, des fruits au sirop, etc.

Les desserts les plus énergétiques sont : les gâteaux de riz ou semoule, les flans aux œufs, les crèmes anglaises ou pâtisseries, les clafoutis de fruits, les quatre-quarts, les gratins de fruits...

### ◆ Les boissons

Enrichir le lait avec du lait en poudre (soit une cuillère à soupe pour 100 ml de lait entier de préférence) à consommer chaud ou froid aromatisé (chocolat, café, sirop de fruits).

Penser au lait de poule (un œuf battu avec du lait, du sucre, de la vanille ou du rhum), au milk-shake (lait battu avec crème fraîche et fruits). Enrichir le jus de fruits avec du lait en poudre, du miel.

ANNEXE – modèle de bilan kiné préconisé à l'entrée

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

SEXE

PROFESSIONS ANTERIEURES

DATE D'ENTREE  
ANTECEDENTS

DATE DU BILAN INITIAL

TRAITEMENTS EN COURS

IMAGERIES

EXAMEN MASSOKINESITHERAPIQUE  
TINETTI  
GET UP AND GO  
SARCOPENIE  
BILAN LESIONNEL  
DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE

MESURES PROPOSEES

NECESSITE DE MATERIEL

LEQUEL  
POUR

NECESSITE DE SOINS DE KINESITHERAPIE  
LESQUELS

POURQUOI

NOM DU KINE

MODELE D'ORDONNANCE DE BILAN D'ENTREE POUR LE MASSEUR KINESITHERAPEUTE

Pour Monsieur /Madame NOM  
DATE DE NAISSANCE

PRENOM

Date d'entrée dans l'établissement

ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX VERSES AU DOSSIER (avec les dates)

Imagerie  
Compte rendu opératoire  
Courrier spécialiste

REALISER UN BILAN DE MOTRICITE /MOBILITE  
CALCUL DE LA SARCOPENIE

REALISER UN DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE ET PROPOSER UN PLAN DE PREVENTION ET  
DE SOINS SI NECESSAIRE

## **Procédure de surveillance nutritionnelle**

BILAN à réaliser à l'entrée de chaque résident  
Déglutition  
Bilan bucco-dentaire  
Analyse des habitudes alimentaires et d'hydratation  
Analyse des goûts et préférences alimentaires  
Analyse des praxies

Pesée et recherche de poids antérieurs  
Etat cutanéomuqueux  
Autonomie à la prise alimentaire  
Nécessité de matériel adapté  
Bilan kiné avec mesure de la sarcopénie

Chaque mois

Obligation de pesée avec organisation à faire (4 à 5 personnes à peser par jour- par exemple les jours de douche)

Saisie sur net soins

Analyse de la situation par la diététicienne

En cas de perte de poids

Qui alerte qui – faire le circuit de signalement et de prise en charge pour

Analyse des causes et proposition de correction si possible

Fiche de suivi alimentaire

Prescription enrichissement

Prescription CNO