

GUIDE de POCHE

Manuel de référence
de la

**TERMINOLOGIE INTERNATIONALE
DE DIÉTÉTIQUE ET DE NUTRITION**

TIDN

Terminologie normalisée pour le processus de soins en nutrition

Première édition en français



Guide de poche du
manuel de référence de la
**TERMINOLOGIE INTERNATIONALE
DE DIÉTÉTIQUE ET DE NUTRITION**
(TIDN) :

Terminologie normalisée
pour le processus de soins en nutrition

Première édition en français

Academy of Nutrition and Dietetics

*International Dietetics and Nutrition Terminology (IDNT), SNAPshots and Terms
and Definitions translated by the Dietitians of Canada. Used with Permission.*



**Presses de
l'Université Laval**

Guide de poche. Manuel de référence de la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN). Terminologie normalisée pour le processus de soins en nutrition

Première édition en français

Traduit de

Pocket Guide For International Dietetics & Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual: Standardized Language for the Nutrition Care Process, Fourth Edition.

Copyright 2013 by the Academy of Nutrition and Dietetics

International Dietetics and Nutrition Terminology (IDNT), SNAPshots and Terms and Definitions translated by the Dietitians of Canada. Used with Permission.

Terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN), les aperçus, les termes et les définitions des termes ont été traduits par les Diététistes du Canada.

Copyright 2013 Presses de l'Université Laval pour la traduction d'Isabelle Galibois, Ph.D., Dt.P., en collaboration avec Diététistes du Canada.

Conception et réalisation de la couverture de l'édition française : Danielle Motard

Mise en pages de l'édition française : Danielle Motard

Presses de l'Université Laval

ISBN 978-2-7637-9905-6

ISBN-PDF 9782763799063

Copyright 2013, Academy of Nutrition and Dietetics. Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de cette publication, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, ou de l'emmagasiner dans un système de recherche documentaire, sans l'autorisation écrite préalable des Presses de l'Université Laval et de Academy of Nutrition and Dietetics.

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les politiques et/ou positions officielles de l'Academy of Nutrition and Dietetics. La mention de noms de produits dans cette publication ne signifie pas que les auteurs ou l'Academy of Nutrition and Dietetics sanctionnent lesdits produits. L'Academy of Nutrition and Dietetics décline toute responsabilité quant à l'application de l'information contenue dans le présent document.

Table des matières

Avant-propos à la traduction française	V
Introduction	
Résumé du processus de soins en nutrition	1
1^{re} étape Évaluation nutritionnelle	
Aperçu	7
Terminologie de l'évaluation nutritionnelle et de la surveillance et de l'évaluation de la nutrition	9
Fiches de références	17
2^e étape Diagnostic nutritionnel	
Aperçu	147
Terminologie du diagnostic nutritionnel	149
Fiches de références	153
3^e étape Intervention nutritionnelle	
Aperçu	295
Terminologie de l'intervention nutritionnelle	297
Fiches de références	301
4^e étape Surveillance et évaluation de la nutrition	330
Index terminologique	335

Avant-propos à la traduction française

Cette première version française est la traduction complète* du *Pocket Guide for International Dietetics & Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual: Standardized Language for the Nutrition Care Process, Fourth Edition, Academy of Nutrition and Dietetics, 2013*. Il convient toutefois de préciser que certaines parties de cet ouvrage, à savoir les aperçus ainsi que la terminologie et les définitions des termes de chacune des étapes du processus de soins en nutrition, avaient préalablement été traduites de l'anglais sous la responsabilité de Diététistes du Canada (DC) et de sa directrice du développement professionnel, Madame Corinne Eisenbraun. Le comité de diététistes francophones mandaté par DC pour réviser la traduction de ces sections était constitué de Mesdames Josée Gagnon et Linda Sunderland du Nouveau-Brunswick, Isabelle Giroux de l'Ontario et Isabelle Galibois du Québec.

Tout comme dans la 4^e édition en anglais, les unités de mesure sont présentées dans cet ouvrage à la fois selon le système international (ex., mmol/L) et selon le système conventionnel (ex., mg/dL). Cependant, dans la version française, la prépondérance a été accordée au système international d'unités.

Le lecteur doit enfin être informé que certaines références à des normes d'organismes nationaux américains retrouvées dans la version anglaise (ex., National Heart, Lung and Blood Institute; National Center for Health Statistics) ont été remplacées dans la traduction française par des références à des organismes canadiens ou internationaux (ex., Société canadienne de cardiologie, Organisation mondiale de la santé).

*À l'exception d'une courte section de l'introduction portant sur la facturation des services nutritionnels à Medicare et Medicaid, non pertinente hors États-Unis.

Résumé du processus de soins en nutrition

Introduction

Il découle régulièrement de la planification stratégique de l'Academy of Nutrition and Dietetics des actions prioritaires qui orientent les comités et les groupes de travail dans la création d'outils pour l'avancement de la profession de diététiste. En 2002, pour atteindre l'objectif stratégique d'accroître la demande pour des professionnels de l'alimentation et de la nutrition et pour aider ces professionnels à être plus compétitifs sur le marché, le Comité de gestion de la qualité de l'Academy a nommé le Groupe de travail du processus de soins en nutrition. Ce groupe a développé le processus et le modèle de soins en nutrition, un processus systématique qui décrit comment les diététistes procurent des soins aux patients/clients (1).

Le processus de soins en nutrition (PSN) est conçu pour améliorer la constance et la qualité des soins personnalisés prodigués à des patients/clients ou à des groupes ainsi que la prévisibilité des résultats des soins. Il n'est pas destiné à uniformiser les soins nutritionnels pour chaque patient/client, mais plutôt à établir un processus uniforme de dispensation de soins.

Note particulière : Les termes **patient(s)/client(s)** sont utilisés en lien avec le PSN; toutefois, le processus est également conçu pour être utilisé auprès de groupes. De plus, dans le PSN, les membres de la famille ou les soignants/fournisseurs de soins constituent un atout essentiel pour les patients/clients et les diététistes. Ainsi, il est implicite qu'on considère les **groupes, populations, familles et soignants** chaque fois qu'on se réfère au patient/client.

Le PSN comporte quatre étapes :

- Évaluation nutritionnelle
- Diagnostic nutritionnel
- Intervention nutritionnelle
- Surveillance et évaluation de la nutrition

Trois des étapes du PSN sont bien connues des diététistes et les manuels de nutrition en couvrent très bien les contenus. Ce sont l'évaluation nutritionnelle, l'intervention nutritionnelle de même que la surveillance et l'évaluation de la nutrition. Cependant, le groupe de travail a relevé un aspect moins bien défini des soins en nutrition, à savoir le diagnostic nutritionnel. Le groupe de travail a également reconnu qu'une taxonomie normalisée pour la deuxième étape du processus renforcerait grandement la capacité de la profession à documenter l'impact des soins nutritionnels, à communiquer l'information et à faire de la recherche sur ce sujet.

En conséquence, l'Academy of Nutrition and Dietetics a formé un comité sur le Processus de soins nutritionnels et la Terminologie normalisée (PSN/TN) afin de créer une taxonomie pour la terminologie du diagnostic nutritionnel qui soit unique à la profession. La terminologie a été décrite lors de présentations au *Food and Nutrition Conference and Exhibition* en 2005 et elle est devenue disponible sous forme de publication à cette même rencontre (2). La terminologie du diagnostic nutritionnel a depuis fait l'objet d'étude dans de nombreux projets de recherche. En fonction des résultats de ces recherches, des modifications pourront être apportées à la terminologie dans le futur.

Le comité PSN/TN a examiné en profondeur les quatre étapes du PSN et a publié une terminologie normalisée pour l'évaluation nutritionnelle, le diagnostic nutritionnel, l'intervention nutritionnelle et la surveillance et l'évaluation de la nutrition.

Les étapes du processus de soins en nutrition

Étape 1 : Évaluation nutritionnelle

L'évaluation nutritionnelle est une méthode systématique d'obtention, de vérification et d'interprétation des données nécessaires pour établir quels sont les problèmes liés à la nutrition, leurs causes et leur importance. Il s'agit d'un processus continu, non linéaire et dynamique qui comprend la collecte initiale de données, mais également la réévaluation et l'analyse continues de l'état du patient/client comparativement à des critères spécifiés. À partir des données de l'évaluation nutritionnelle, les diététistes sont en mesure de déterminer si un problème/diagnostic nutritionnel est présent. Cette étape, bien qu'elle soit déjà connue des professionnels, sera améliorée par l'utilisation d'une terminologie normalisée pour l'évaluation nutritionnelle qui permettra de communiquer de façon uniforme à propos des patients/clients présentant des problèmes similaires.

Les termes se rapportant à l'évaluation nutritionnelle sont regroupés en cinq catégories :

- Histoire alimentaire
- Mesures anthropométriques
- Données biochimiques, procédures et examens cliniques
- Signes physiques axés sur la nutrition
- Antécédents du client

L'évaluation nutritionnelle débute lorsqu'on reçoit un patient/client envoyé pour consultation ou encore à la suite du résultat positif d'un dépistage nutritionnel, alors qu'on détermine qu'un patient/client est susceptible de tirer profit de soins nutritionnels. En bout de ligne, l'évaluation nutritionnelle permet de déterminer adéquatement s'il existe un diagnostic nutritionnel/un problème. Si c'est le cas, les diététistes diagnostiquent correctement le problème et, à l'étape 2, établissent un énoncé PES (problème, étiologie, signes et symptômes). De plus, les diététistes élaborent un plan pour la suite des soins ou signalent la nécessité d'obtenir de plus amples informations ou de procéder à des tests additionnels. Si, une fois l'évaluation ou la réévaluation nutritionnelle effectuée, on détermine qu'il n'existe pas de problème nutritionnel ou que le problème ne peut pas être modifié par d'autres soins en nutrition, il peut être opportun de mettre fin à l'épisode de soins (3).

La terminologie normalisée permet une comparaison plus efficace des constatations de l'évaluation nutritionnelle. À cette fin, le comité PSN/TN a décrit la terminologie normalisée, la collecte de données et la démarche évaluative de l'évaluation nutritionnelle. Il existe de nombreuses possibilités de recherches en évaluation nutritionnelle, qui aideront à déterminer les données les plus appropriées à utiliser à l'égard des individus et des populations dans divers milieux de pratique.

Étape 2 : Diagnostic nutritionnel

Le diagnostic nutritionnel est une étape cruciale entre l'évaluation nutritionnelle et l'intervention nutritionnelle. L'objectif d'une terminologie normalisée pour le diagnostic nutritionnel est de décrire des problèmes nutritionnels de manière uniforme afin qu'ils soient clairs à l'intérieur comme à l'extérieur de la profession. La terminologie normalisée améliorera la communication et la documentation des soins nutritionnels, tout en fournissant un ensemble de données et des éléments communs pour la recherche future.

En termes simples, les diététistes déterminent et étiquettent un diagnostic nutritionnel (problème) précis qu'ils sont normalement chargés de traiter de façon autonome (p. ex., apport excessif en glucides). Avec une intervention nutritionnelle, le diagnostic nutritionnel est

idéalement résolu ou il y a, à tout le moins, une amélioration des signes et symptômes. Au contraire, un diagnostic médical décrit une maladie ou pathologie des organes ou des systèmes de l'organisme (p. ex., diabète). Dans certains cas, tel celui du diagnostic nutritionnel Difficulté de déglutition (CL-1.1), les diététistes étiquettent ou relèvent un problème fonctionnel qui a des conséquences nutritionnelles. Les diététistes ne posent pas de diagnostic médical ; leur rôle est de diagnostiquer des phénomènes du domaine de la nutrition.

Le comité PSN/TN de l'Academy of Nutrition and Dietetics a élaboré un cadre qui définit trois catégories à l'intérieur desquelles se trouvent les problèmes/diagnostics nutritionnels :

- Apport
- Clinique
- Comportement-environnement

Des fiches de référence ont été élaborées pour décrire chaque diagnostic nutritionnel et y intégrer des contributions d'experts et des informations issues de la recherche.

Il est possible de consigner : Aucun diagnostic nutritionnel pour le moment (NO-1.1), si l'évaluation indique qu'aucun problème nutritionnel ne justifie alors une intervention nutritionnelle.

Cette deuxième étape du processus de soins en nutrition résulte en la consignation de l'énoncé PES du diagnostic nutritionnel. Cet énoncé est composé de trois éléments distincts : le problème (P), l'étiologie (E) et les signes et symptômes (S). L'énoncé PES est déduit à partir du regroupement et de la synthèse des informations recueillies au cours de l'évaluation nutritionnelle.

La détermination de l'étiologie ou de la cause ou du facteur de risque contribuant est essentielle à la compréhension du problème nutritionnel. Le comité a défini des catégories d'étiologies afin que les praticiens et les chercheurs puissent mieux comprendre le concept et l'utilité de l'étiologie, ce qui conduit à l'intervention nutritionnelle la plus plausible. La matrice d'étiologie du diagnostic nutritionnel est disponible en anglais (*Nutrition Diagnosis Etiology Matrix*) sur le site Internet de l'Academy et dans la version en ligne du *IDNT Reference Manual*.

Étape 3 : Intervention nutritionnelle

L'intervention nutritionnelle est la troisième étape du processus de soins en nutrition. Les interventions nutritionnelles sont des actions spécifiques entreprises pour remédier à un problème/diagnostic nutritionnel et elles peuvent être utilisées auprès d'individus, de groupes ou d'une communauté dans son ensemble. Les interventions nutritionnelles sont destinées à modifier un comportement relatif à la nutrition, une condition du milieu ou un aspect de la santé nutritionnelle. Dans la mesure du possible, les diététistes collaborent avec les patients/clients ainsi qu'avec les autres professionnels de la santé au cours de l'intervention nutritionnelle.

L'intervention nutritionnelle comporte deux composantes distinctes et interreliées : la planification et l'implantation. La planification implique de prioriser les diagnostics nutritionnels, de s'entretenir avec le patient et les autres personnes concernées, de consulter les directives de pratique et les politiques, d'établir les objectifs de façon collaborative et enfin de définir la prescription nutritionnelle et de préciser les interventions nutritionnelles spécifiques. L'implantation de l'intervention nutritionnelle est la phase d'action qui implique la réalisation et la communication du plan de soins en nutrition, la poursuite de la collecte d'informations et la révision au besoin de l'intervention nutritionnelle, en fonction de la réponse du patient/client. Cette étape ne peut être complétée sans la mise en place de ces deux composantes qui soutiennent l'intervention nutritionnelle.

L'intervention nutritionnelle vise presque toujours l'étiologie (E) du problème/diagnostic nutritionnel, telle que décrite dans l'énoncé PES. Dans des cas très spécifiques, l'intervention nutritionnelle est dirigée vers la réduction ou l'élimination des effets des signes et symptômes (S). Généralement, les signes et symptômes constituent la base de l'étape suivante du processus de soins en nutrition : la surveillance et l'évaluation de la nutrition (étape 4).

Quatre catégories d'interventions nutritionnelles ont été déterminées :

- Mode d'administration des aliments et/ou nutriments
- Éducation en nutrition
- Counseling nutritionnel
- Coordination des soins en nutrition

Chaque intervention nutritionnelle spécifique s'accompagne d'une terminologie définie et d'une fiche de référence. La terminologie comprend les informations nécessaires pour la consignation des données dans le dossier du client/patient et la description des interventions nutritionnelles à des fins de recherche.

Le professionnel de l'alimentation et de la nutrition pourra noter que, bien que certaines interventions soient étroitement liées (p. ex., éducation et counseling), les termes sont volontairement séparés afin qu'on puisse bien les distinguer. De plus, des descripteurs spécifiques d'une rencontre d'intervention nutritionnelle (p. ex., interactions, visites, contacts, sessions) sont fournis pour aider les diététistes à préciser les détails des rencontres avec leurs patients/clients. Des exemples de descripteurs comprennent les rencontres individuelles et les rencontres de groupe, les rencontres en présence des personnes et les rencontres menées par voie électronique, ainsi que le degré de responsabilité des diététistes quant aux soins au patient/client, pour en nommer quelques-uns.

Étape 4 : Surveillance et évaluation de la nutrition

La surveillance et l'évaluation de la nutrition visent à établir l'ampleur des progrès réalisés par le patient/client dans l'atteinte des objectifs des soins nutritionnels. Les résultats des soins nutritionnels – l'aboutissement attendu des soins en nutrition – sont définis à l'étape de la surveillance et de l'évaluation de la nutrition et on a déterminé les indicateurs spécifiques qui peuvent être mesurés et comparés aux critères établis. On peut ainsi faire le suivi des résultats du patient/client qui sont pertinents quant au diagnostic ainsi qu'au plan et aux objectifs de l'intervention.

La sélection des indicateurs appropriés des soins en nutrition est faite en fonction du diagnostic nutritionnel, de son étiologie et de ses signes et symptômes, ainsi qu'en fonction de l'intervention nutritionnelle réalisée. Le choix des indicateurs des soins en nutrition est également influencé, d'une part, par le diagnostic médical et les résultats visés quant aux soins de santé et, d'autre part, par les objectifs de gestion de la qualité en nutrition. D'autres facteurs tels que le milieu de pratique, la population d'où est issu le patient/client et l'état ou la gravité de la maladie peuvent aussi affecter la sélection des indicateurs.

Les termes de la surveillance et de l'évaluation de la nutrition sont combinés à ceux de l'évaluation nutritionnelle et sont regroupés en quatre catégories :

- Histoire alimentaire
- Mesures anthropométriques
- Données biochimiques, procédures et examens cliniques
- Signes physiques axés sur la nutrition

Il n'y a pas de résultats des soins en nutrition qui soient associés à la catégorie Antécédents du client ; les éléments de cette catégorie sont réservés uniquement à l'évaluation nutritionnelle et ne varient pas quelle que soit l'intervention nutritionnelle.

Au cours de la quatrième étape du PSN, les diététistes surveillent les progrès du patient/client en déterminant si l'intervention nutritionnelle est appliquée et en démontrant comment celle-ci change (ou ne change pas) le comportement du patient/client ou son état de santé/de nutrition. Les diététistes mesurent les résultats en sélectionnant les indicateurs appropriés des soins en nutrition et en comparant leurs observations aux objectifs de prescription/d'intervention nutritionnelle et/ou aux normes de référence. L'utilisation d'indicateurs et de critères

normalisés augmente la validité et la fiabilité des données relatives aux résultats et facilite la consignation électronique, la codification et la mesure des résultats.

La mise en œuvre du processus de soins en nutrition et les orientations futures

Publications et ressources

Le processus de soins en nutrition est mis en œuvre par les professionnels de la diététique. Cette version en français du *Pocket Guide for International Dietetics and Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual* fournit de nombreux détails et des explications à propos de la terminologie normalisée complète relative au processus de soins en nutrition.

D'autres outils sont disponibles pour appuyer la mise en œuvre du processus de soins en nutrition et la formation continue des professionnels. On trouvera plus d'information à cet égard dans la section *Bibliography and Resources* du manuel complet de référence : *International Dietetics and Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual* (4). Les professionnels qui ont accès à la section des membres du site Internet de l'Academy of Nutrition and Dietetics (www.eatright.org) y trouveront aussi plusieurs outils, exemples et documents en anglais en lien avec le processus de soins en nutrition, sous les onglets Nutrition Care Process et Evidence-Based Nutrition Practice Guidelines. L'Academy soutient également le Peer Network for the Nutrition Care Process (PNNCP), un réseau de professionnels de l'alimentation et de la nutrition qui ont ouvert la voie à la mise en œuvre du processus de soins en nutrition dans leurs institutions et communautés. La liste des membres du PNNCP est disponible sur le site Internet de l'Academy.

Partage international d'information et terminologies médicales normalisées

En 2005, la Fondation de l'American Dietetic Association (ADA – maintenant l'Academy) a subventionné une rencontre organisée par l'ADA afin d'élargir à d'autres associations internationales de diététique le dialogue sur le langage normalisé de diagnostic nutritionnel de l'ADA et autres initiatives semblables. Cette rencontre a aussi permis d'amorcer un dialogue entre les principales associations d'informatisation médicale et la communauté internationale de diététique et nutrition. Comme suite à ce dialogue :

- L'ADA a organisé en septembre 2010 une rencontre internationale à l'intention des associations et groupes internationaux de diététique dans le but de partager les efforts déployés et les questions soulevées dans la mise en œuvre du processus de soins en nutrition et de l'IDNT ou d'autres processus et terminologies normalisés. Parmi les représentants présents se trouvaient des membres de la Confédération internationale des associations de diététique, de l'American Overseas Dietetic Association, de la British Dietetic Association, de la Dietetic Association of Australia, de Diététistes du Canada, de la Hungarian Dietetic Association, de l'Israel Dietetic Association, de l'Associação Brasileira de Nutricao – ASBRAN (Brésil), du Kenya Bureau of Standards (KEBS), de la Malaysia Dietetic Association, de la Turkish Dietetic Association, de l'association diététique néerlandaise, de l'association suédoise des diététistes cliniciens ainsi qu'un représentant du Mexique.
- La Confédération internationale des associations de diététique a reçu les mises à jour sur les activités en lien avec le processus de soins en nutrition et l'IDNT et elle a diffusé aux associations internationales de diététique l'information sur les droits de traduction et de publication de l'IDNT et sur le recrutement d'experts internationaux pour la révision de la quatrième édition de l'IDNT.

- Une présentation sur le NCP a été faite lors du 15^e Congrès international de diététique tenu à Yokohama au Japon, du 8 au 11 septembre 2008.
- La Dietitians Association of Australia a amorcé un projet de recherche pour évaluer la validité apparente des diagnostics nutritionnels.
- L'association diététique néerlandaise (Nederlandse Vereniging van Diëtisten) a requis la permission d'utiliser les diagnostics nutritionnels dans ses banques de données de soins de santé.
- Les associations diététiques du Japon et de la Corée du Sud ont négocié des accords pour traduire le *IDNT Reference Manual*.
- Diététistes du Canada a publié un énoncé de position en anglais et en français pour décrire le processus de soins en nutrition et a formé en 2012 un comité francophone pour superviser et réviser la traduction en français des aperçus des étapes et des termes et définitions de l'IDNT.
- L'association suédoise des diététistes cliniciens a fait du processus de soins en nutrition le point central de sa rencontre annuelle en 2011 et a entrepris la traduction en suédois de l'IDNT et des termes et définitions.
- L'association des diététistes d'Israël explore présentement l'adoption potentielle du processus de soins en nutrition et de l'IDNT dans le système national de santé. Deux présentations et un atelier ont déjà eu lieu.

Effectivement, alors que le monde entier est en train de se convertir aux dossiers de santé électroniques, à l'informatisation de la santé et aux banques de données communes, la communauté internationale de nutrition et les professionnels de la diététique ont l'occasion de travailler en partenariat avec les organismes d'informatisation médicale afin de s'assurer que les éléments qui sont essentiels pour bien saisir les soins nutritionnels soient inclus dans les banques de données et recueillis de manière uniforme.

Conclusion

Depuis la conception en 2002 du processus de soins en nutrition jusqu'à sa mise en œuvre actuelle, le comité PSN/TN a informé régulièrement l'Academy, ses instances et ses membres au moyen de rapports, d'articles, d'études de cas, de présentations, de publications et autres informations sur le site Internet de l'Academy.

Cependant, afin que se réalise pleinement l'objectif stratégique d'accroître la demande pour des professionnels de l'alimentation et de la nutrition qui soient plus compétitifs sur le marché, il faut également que les praticiens franchissent une étape historique en mettant en œuvre le processus de soins en nutrition dès maintenant.

Références

1. Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language Committee. Nutrition Care Process and Model part I: The 2008 Update. *J Am Diet Assoc.* 2008; 108: 1113-1117.
2. American Dietetic Association. *Nutrition Diagnosis: A Critical Step in the Nutrition Care Process*. Chicago, IL: American Dietetic Association; 2006.
3. Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language Committee. Nutrition Care Process and Model part II: Using the International Dietetics and Nutrition Terminology to document the nutrition care process. *J Am Diet Assoc.* 2008; 108: 1287-1293.
4. Academy of Nutrition and Dietetics. *International Dietetics & Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual. Standardized Language for the Nutrition Care Process. Fourth Edition*. Chicago, IL: Academy of Nutrition and Dietetics; 2013.

Aperçu

1^{re} étape du PSN : évaluation nutritionnelle

Quel est l'objectif de l'évaluation nutritionnelle? L'objectif est d'obtenir, de vérifier et d'interpréter les données nécessaires pour établir quels sont les problèmes liés à la nutrition, leurs causes et leur importance. Il s'agit d'un processus continu, non linéaire et dynamique qui comprend la collecte initiale de données, mais également la réévaluation et l'analyse continues de l'état du patient/client comparativement à des critères spécifiés. Cette étape contraste avec celle de la surveillance et de l'évaluation de la nutrition, pour laquelle les professionnels de l'alimentation et de la nutrition utilisent des données similaires, voire les mêmes données, pour déterminer les modifications au comportement ou à l'état nutritionnel du patient/client* de même que l'efficacité de l'intervention nutritionnelle.

Comment les professionnels de l'alimentation et de la nutrition peuvent-ils déterminer à quel endroit trouver les données pour l'évaluation nutritionnelle? Cela dépend du milieu de pratique. Lorsqu'il s'agit d'une personne, les données peuvent être obtenues directement du patient/client au moyen d'une entrevue, d'observations et de mesures; d'un dossier médical; et du professionnel de la santé qui a orienté le patient. Pour les groupes de population, des données issues de sondages, d'ensembles de données administratives et d'études de recherche ou d'épidémiologie sont utilisées. Une matrice d'évaluation nutritionnelle qui permet d'établir un lien entre les paramètres de l'évaluation nutritionnelle et les diagnostics nutritionnels est disponible pour aider les praticiens à établir les diagnostics nutritionnels.

Comment les données de l'évaluation nutritionnelle sont-elles organisées? En cinq catégories:

Histoire alimentaire	Apport en aliments et nutriments, administration d'aliments et de nutriments, utilisation de médicaments et de suppléments à base de plantes, connaissances/croyances, disponibilité des aliments et des fournitures, activité physique, qualité de vie en lien avec la nutrition
Mesures anthropométriques	Taille, poids, indice de masse corporelle (IMC), indices ou percentile de courbe de croissance, et histoire pondérale
Données biochimiques, procédures et examens cliniques	Données de laboratoire (p. ex., électrolytes, glycémie) et tests (p. ex., temps de vidange gastrique, métabolisme au repos)
Signes physiques axés sur la nutrition	Apparence physique, fonte musculaire et perte de tissu adipeux, fonction de déglutition, appétit et affect
Antécédents du client	Antécédents personnels, antécédents médicaux/de santé/de la famille, utilisation de traitements et de médecine parallèle/médecine alternative, et antécédents sociaux

Que fait-on avec les données de l'évaluation nutritionnelle? Les données (indicateurs) de l'évaluation nutritionnelle sont comparées aux critères et aux normes pertinentes en vue d'être interprétées et de servir à la prise de décision. Il peut s'agir de normes nationales, institutionnelles ou réglementaires. Les résultats de l'évaluation nutritionnelle sont consignés dans des énoncés de diagnostic nutritionnel et des objectifs d'intervention nutritionnelle.

* Le terme « patient/client » fait référence aux personnes, groupes, populations, membres des familles et/ou fournisseurs de soins.

La pensée critique à cette étape...

- Déterminer les données appropriées à recueillir
- Déterminer s'il est nécessaire de collecter de l'information additionnelle
- Sélectionner les outils d'évaluation et les procédures qui conviennent à la situation
- Appliquer les outils d'évaluation selon des méthodes valides et fiables
- Faire la distinction entre les données pertinentes et non pertinentes
- Faire la distinction entre les données importantes et non importantes
- Valider les données

Existe-t-il une terminologie ou une taxonomie normalisées pour l'évaluation nutritionnelle? Oui. Une taxonomie normalisée pour l'évaluation nutritionnelle favorise l'adoption d'une approche uniforme en ce qui concerne le PSN et améliore les communications et la recherche. Les termes pour l'évaluation nutritionnelle et la surveillance et l'évaluation de la nutrition sont combinés puisque les indicateurs sont les mêmes ou sont liés ; cependant, l'objectif et l'utilisation des données sont distincts dans ces deux étapes.

Les professionnels de l'alimentation et de la nutrition sont-ils limités aux données d'évaluation nutritionnelle incluses dans la matrice et utilisées pour les diagnostics nutritionnels? Les données de l'évaluation nutritionnelle énoncées dans les fiches de référence relatives aux diagnostics nutritionnels font l'objet d'études et de recherche en vue de confirmer (valider) quelles données sont les plus pertinentes pour les diagnostics nutritionnels particuliers. Toutefois, les propositions d'ajouts ou de révisions peuvent être soumises à l'aide de la *Procedure for Nutrition Controlled Vocabulary/Terminology Maintenance/Review [Procédure pour le maintien et la révision d'un vocabulaire/d'une terminologie sur la nutrition contrôlés]* disponible auprès de l'Academy of Nutrition and Dietetics.

Les détails sur cette étape sont disponibles dans le International Dietetics and Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual : Standardized Language for the Nutrition Care Process, Fourth Edition de l'Academy of Nutrition and Dietetics.

Terminologie de l'évaluation nutritionnelle et de la surveillance et de l'évaluation de la nutrition

Voici une liste combinée des termes pour l'évaluation nutritionnelle et pour la surveillance et l'évaluation de la nutrition. Les indicateurs en gris sont utilisés seulement pour l'évaluation nutritionnelle. Le reste des indicateurs est utilisé aussi bien pour l'évaluation nutritionnelle que pour la surveillance et l'évaluation de la nutrition. Chaque terme possède un identificateur unique, un nombre à 5 chiffres (p. ex. 99999) indiqué après le code alphanumérique de la TIDN. Ni l'identificateur unique, ni le code de la TIDN ne devraient être visibles dans la documentation relative à la nutrition. L'identificateur unique sert au suivi des données dans les dossiers de santé électroniques.

HISTOIRE ALIMENTAIRE (HA)

Apport en nutriments et aliments, administration d'aliments et de nutriments, utilisation de médicaments, de médecine parallèle et de médecine alternative, connaissances/croyances/attitudes, comportement, disponibilité des aliments et de l'approvisionnement, activité physique et capacité fonctionnelle, mesures en lien avec la nutrition centrées sur le patient/client.

Apport en aliments et nutriments (1)

Composition et suffisance de l'apport en nutriments et aliments, structure (patron) des repas et habitudes en matière de collations, régimes ou modifications alimentaires actuels et passés, et environnement alimentaire.

Apport énergétique (1.1)

Apport énergétique total de toutes sources, y compris les aliments, les boissons, les suppléments, et par voies entérale et parentérale.

Apport énergétique (1.1.1)

Apport énergétique total HA-1.1.1.1 10005

Apport en boissons et aliments (1.2)

Type, quantité et patrons d'ingestion des aliments et groupes alimentaires, indices de qualité de l'alimentation, apport en liquides, en lait maternel et en préparation pour nourrissons.

Apport en liquides/boissons (1.2.1)

Liquides/boissons pris par voie orale HA-1.2.1.1 10008
 Liquides des aliments HA-1.2.1.2 10009
 Supplément ou substitut de repas liquides HA-1.2.1.3 10010

Apport en aliments (1.2.2)

Quantité d'aliments HA-1.2.2.1 10012
 Types d'aliments/de repas HA-1.2.2.2 10013
 Structure (patron) des repas/collations HA-1.2.2.3 10014
 Indice de qualité de l'alimentation HA-1.2.2.4 10015
 Variété des aliments HA-1.2.2.5 10016

Apport en lait maternel/préparation pour nourrissons (1.2.3)

Apport en lait maternel HA-1.2.3.1 10018
 Apport en préparation pour nourrissons HA-1.2.3.2 10019

Apport nutritionnel entéral et parentéral (1.3)

Apport par soutien nutritionnel spécialisé de toutes sources, p. ex. par les voies entérale et parentérale.

Apport nutritionnel entéral (1.3.1)

Préparation/solution HA-1.3.1.1 10022
 Rinçage (irrigation) de la sonde d'alimentation HA-1.3.1.2 10023

Apport nutritionnel parentéral (1.3.2)

Préparation nutritionnelle HA-1.3.2.1 10025
 Solutions intraveineuses HA-1.3.2.2 10026

Apport en substances bioactives (1.4)

Apport en alcool, en esters de stanols et de stérols végétaux, en protéines de soja, en psyllium et en β -glucanes, et en caféine de toutes sources, p. ex., aliments, boissons, suppléments, et par voies entérale et parentérale.

Apport en alcool (1.4.1)

Quantité/volume de la consommation HA-1.4.1.1 10029
 Fréquence HA-1.4.1.2 10030
 Habitudes de consommation d'alcool HA-1.4.1.3 10031

Apport en substances bioactives (1.4.2)

Esters de stanols végétaux HA-1.4.2.1 10034
 Esters de stérols végétaux HA-1.4.2.2 10807
 Protéines de soja HA-1.4.2.3 10035
 Psyllium HA-1.4.2.4 10827
 β -glucanes HA-1.4.2.5 10837
 Additifs alimentaires (préciser) HA-1.4.2.6 10038
 Autre (préciser) HA-1.4.2.7 10039

Apport en caféine (1.4.3)

Caféine totale HA-1.4.3.1 10041

Apport en macronutriments (1.5)

Apport en lipides et cholestérol, en protéines, en glucides et en fibres de toutes sources, y compris les aliments, les boissons et les suppléments, et par voies entérale et parentérale.

Apport en lipides et en cholestérol (1.5.1)

Lipides totaux HA-1.5.1.1 10044

<input type="checkbox"/> Acides gras saturés	HA-1.5.1.2	10045
<input type="checkbox"/> Acides gras trans	HA-1.5.1.3	10046
<input type="checkbox"/> Acides gras polyinsaturés	HA-1.5.1.4	10047
<input type="checkbox"/> Acides gras monoinsaturés	HA-1.5.1.5	10048
<input type="checkbox"/> Acides gras oméga-3	HA-1.5.1.6	10049
<input type="checkbox"/> Cholestérol alimentaire	HA-1.5.1.7	10050
<input type="checkbox"/> Acides gras essentiels	HA-1.5.1.8	10051

Apport en protéines (1.5.2)

<input type="checkbox"/> Protéines totales	HA-1.5.2.1	10053
<input type="checkbox"/> Protéines de haute valeur biologique	HA-1.5.2.2	10054
<input type="checkbox"/> Caséine	HA-1.5.2.3	10055
<input type="checkbox"/> Lactosérum	HA-1.5.2.4	10056
<input type="checkbox"/> Acides aminés	HA-1.5.2.5	10057
<input type="checkbox"/> Acides aminés essentiels	HA-1.5.2.6	10058

Apport en glucides (1.5.3)

<input type="checkbox"/> Glucides totaux	HA-1.5.3.1	10060
<input type="checkbox"/> Sucre(s)	HA-1.5.3.2	10061
<input type="checkbox"/> Amidon	HA-1.5.3.3	10062
<input type="checkbox"/> Indice glycémique	HA-1.5.3.4	10063
<input type="checkbox"/> Charge glycémique	HA-1.5.3.5	10064
<input type="checkbox"/> Source(s) de glucides	HA-1.5.3.6	10065
<input type="checkbox"/> Ratio insuline/glucides	HA-1.5.3.7	10066

Apport en fibres (1.5.4)

<input type="checkbox"/> Fibres totales	HA-1.5.4.1	10068
<input type="checkbox"/> Fibres solubles	HA-1.5.4.2	10069
<input type="checkbox"/> Fibres insolubles	HA-1.5.4.3	10070

Apport en micronutriments (1.6)

Apport en vitamines et minéraux de toutes sources, y compris les aliments, les boissons et les suppléments, et par voies entérale et parentérale.

Apport en vitamines (1.6.1)

<input type="checkbox"/> A (1)		10073
<input type="checkbox"/> C (2)		10074
<input type="checkbox"/> D (3)		10075
<input type="checkbox"/> E (4)		10076
<input type="checkbox"/> K (5)		10077
<input type="checkbox"/> Thiamine (6)		10078
<input type="checkbox"/> Riboflavine (7)		10079
<input type="checkbox"/> Niacine (8)		10080
<input type="checkbox"/> Folate (9)		10081
<input type="checkbox"/> B6 (10)		10082
<input type="checkbox"/> B12 (11)		10083
<input type="checkbox"/> Acide pantothénique (12)		10084
<input type="checkbox"/> Biotine (13)		10085
<input type="checkbox"/> Multivitamines (14)		10086

Apport en minéraux/éléments (1.6.2)

<input type="checkbox"/> Calcium (1)		10089
<input type="checkbox"/> Chlorure (2)		10090
<input type="checkbox"/> Fer (3)		10091
<input type="checkbox"/> Magnésium (4)		10092
<input type="checkbox"/> Potassium (5)		10093
<input type="checkbox"/> Phosphore (6)		10094
<input type="checkbox"/> Sodium (7)		10095
<input type="checkbox"/> Zinc (8)		10096
<input type="checkbox"/> Sulfate (9)		10097
<input type="checkbox"/> Multiminéraux (19)		10107
<input type="checkbox"/> Multi-oligoéléments (20)		10108
<input type="checkbox"/> Fluorure (10)		10098
<input type="checkbox"/> Cuivre (11)		10099
<input type="checkbox"/> Iode (12)		10100
<input type="checkbox"/> Sélénium (13)		10101
<input type="checkbox"/> Manganèse (14)		10102
<input type="checkbox"/> Chrome (15)		10103
<input type="checkbox"/> Molybdène (16)		10104
<input type="checkbox"/> Bore (17)		10105
<input type="checkbox"/> Cobalt (18)		10106

Administration des aliments et des nutriments (2)

Régimes alimentaires ou modifications de l'alimentation actuels et passés, environnement alimentaire et administration entérale et parentérale de la nutrition.

Régimes passés et présents (2.1)

Description des aliments et boissons fournis ou consommés régulièrement, régimes passés suivis ou prescrits et counseling reçu, et environnement alimentaire.

Prescription nutritionnelle (2.1.1)

<input type="checkbox"/> Alimentation équilibrée	HA-2.1.1.1	10113
<input type="checkbox"/> Alimentation modifiée	HA-2.1.1.2	10114
<input type="checkbox"/> Prescription de nutrition entérale	HA-2.1.1.3	10115
<input type="checkbox"/> Prescription de nutrition parentérale	HA-2.1.1.4	10116

Régimes antérieurs (2.1.2)

<input type="checkbox"/> Régimes prescrits antérieurement	HA-2.1.2.1	10118
<input type="checkbox"/> Éducation/counseling antérieurs sur l'alimentation et la nutrition	HA-2.1.2.2	10119
<input type="checkbox"/> Régimes suivis par choix personnel	HA-2.1.2.3	10120
<input type="checkbox"/> Régimes amorcés, mais non poursuivis	HA-2.1.2.4	10121
<input type="checkbox"/> Allergies alimentaires	HA-2.1.2.5	10805
<input type="checkbox"/> Intolérances alimentaires	HA-2.1.2.6	10806

Environnement alimentaire (2.1.3)

<input type="checkbox"/> Lieu	HA-2.1.3.1	10123
<input type="checkbox"/> Ambiance	HA-2.1.3.2	10124

<input type="checkbox"/> Personnel soignant/personne accompagnante	HA-2.1.3.3	10125
<input type="checkbox"/> Commodités appropriées pour l'allaitement	HA-2.1.3.4	10126
<input type="checkbox"/> Mange seul	HA-2.1.3.5	10127

Administration de la nutrition par voie entérale et parentérale (2.1.4)

<input type="checkbox"/> Voie d'accès entéral	HA-2.1.4.1	10129
<input type="checkbox"/> Voie d'accès parentéral	HA-2.1.4.2	10130
<input type="checkbox"/> Position du corps, NE	HA-2.1.4.3	10804

Utilisation de médicaments, et de médecine parallèle/alternative (3)

Médicaments sur ordonnance et en vente libre utilisés, y compris les préparations à base de plantes et les produits de santé naturels et de médecine parallèle/alternative.

Médicaments (3.1)

<input type="checkbox"/> Usage de médicaments sur ordonnance	HA-3.1.1	10820
<input type="checkbox"/> Usage de médicaments en vente libre	HA-3.1.2	10134
<input type="checkbox"/> Mauvais usage des médicaments	HA-3.1.3	10135

Médecine parallèle et médecine alternative (3.2)

<input type="checkbox"/> Usage de médecine parallèle et de médecine alternative en lien avec la nutrition	HA-3.2.1	10137
---	----------	-------

Connaissances/croyances/attitudes (4)

Compréhension des concepts liés à la nutrition et conviction par rapport à la vérité et aux sentiments/émotions envers certains énoncés ou phénomènes liés à la nutrition, et disposition à modifier ses comportements en lien avec la nutrition.

Connaissances/habilités relatives aux aliments et à la nutrition (4.1)

<input type="checkbox"/> Domaines et niveaux de connaissances/habilités	HA-4.1.1	10848
<input type="checkbox"/> Score de connaissances relatives au diagnostic ou à la nutrition en général	HA-4.1.2	10143

Croyances et attitudes (4.2)

<input type="checkbox"/> Conflit avec le système de valeurs personnel/familial	HA-4.2.1	10145
<input type="checkbox"/> Perception déformée de l'image corporelle	HA-4.2.2	10146
<input type="checkbox"/> Décisions de fin de vie	HA-4.2.3	10147
<input type="checkbox"/> Motivation	HA-4.2.4	10148
<input type="checkbox"/> Préoccupations à l'égard des aliments/nutriments	HA-4.2.5	10149

<input type="checkbox"/> Préoccupations à l'égard du poids	HA-4.2.6	10150
<input type="checkbox"/> Disposition à modifier ses comportements en lien avec la nutrition	HA-4.2.7	10151
<input type="checkbox"/> Efficacité personnelle	HA-4.2.8	10152
<input type="checkbox"/> Monologue intérieur/cognition	HA-4.2.9	10153
<input type="checkbox"/> Objectifs nutritionnels non réalistes	HA-4.2.10	10154
<input type="checkbox"/> Croyances/attitudes non scientifiques	HA-4.2.11	10155
<input type="checkbox"/> Préférences alimentaires	HA-4.2.12	10156
<input type="checkbox"/> Émotions	HA-4.2.13	10157

Comportement (5)

Activités et actions du patient/client qui influencent l'atteinte des objectifs liés à la nutrition.

Adhésion (5.1)

<input type="checkbox"/> Score d'adhésion autodéclaré	HA-5.1.1	10160
<input type="checkbox"/> Présence aux rencontres portant sur la nutrition	HA-5.1.2	10161
<input type="checkbox"/> Capacité de se rappeler les objectifs nutritionnels	HA-5.1.3	10162
<input type="checkbox"/> Autosurveillance à la fréquence convenue	HA-5.1.4	10163
<input type="checkbox"/> Prise en charge personnelle comme convenue	HA-5.1.5	10164

Comportement d'évitement (5.2)

<input type="checkbox"/> Évitement	HA-5.2.1	10166
<input type="checkbox"/> Restriction alimentaire	HA-5.2.2	10167
<input type="checkbox"/> Cause du comportement d'évitement	HA-5.2.3	10168

Compulsion et purgation (5.3)

<input type="checkbox"/> Hyperphagie boulimique	HA-5.3.1	10170
<input type="checkbox"/> Comportements de purgation	HA-5.3.2	10171

Comportement pendant les repas (5.4)

<input type="checkbox"/> Durée des repas	HA-5.4.1	10173
<input type="checkbox"/> Pourcentage de la durée du repas passé à manger	HA-5.4.2	10174
<input type="checkbox"/> Préférence pour les liquides plutôt que pour les aliments	HA-5.4.3	10175
<input type="checkbox"/> Refus de manger/mastiquer	HA-5.4.4	10176
<input type="checkbox"/> Crachement des aliments	HA-5.4.5	10177
<input type="checkbox"/> Rumination	HA-5.4.6	10178
<input type="checkbox"/> Fatigue du patient/client/personnel soignant pendant le processus d'alimentation, entraînant un apport insuffisant	HA-5.4.7	10179
<input type="checkbox"/> Disposition à essayer de nouveaux aliments	HA-5.4.8	10180
<input type="checkbox"/> Nombre limité d'aliments acceptés	HA-5.4.9	10181
<input type="checkbox"/> Préférences sensorielles rigides	HA-5.4.10	10182

Réseau social (5.5)

- | | | |
|---|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Capacité de créer et d'utiliser un réseau social | HA-5.5.1 | 10184 |
|---|----------|-------|

Facteurs influençant l'accès aux aliments et aux fournitures liées à l'alimentation/la nutrition (6)

Facteurs qui influencent l'apport et la disponibilité d'une quantité suffisante d'aliments salubres et sains de même que des fournitures liées aux aliments/à la nutrition.

Participation à un programme alimentaire/de nutrition (6.1)

- | | | |
|---|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Admissibilité à des programmes gouvernementaux | HA-6.1.1 | 10187 |
| <input type="checkbox"/> Participation à des programmes gouvernementaux | HA-6.1.2 | 10188 |
| <input type="checkbox"/> Admissibilité à des programmes communautaires | HA-6.1.3 | 10189 |
| <input type="checkbox"/> Participation à des programmes communautaires | HA-6.1.4 | 10190 |

Disponibilité d'aliments/de repas sains (6.2)

- | | | |
|---|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Accès à des commerces alimentaires | HA-6.2.1 | 10192 |
| <input type="checkbox"/> Approvisionnement en aliments salubres | HA-6.2.2 | 10800 |
| <input type="checkbox"/> Installations appropriées pour la préparation des repas | HA-6.2.3 | 10194 |
| <input type="checkbox"/> Disponibilité d'installations d'entreposage sécuritaire des aliments | HA-6.2.4 | 10195 |
| <input type="checkbox"/> Technique d'entreposage appropriée | HA-6.2.5 | 10196 |
| <input type="checkbox"/> Identification d'aliments sécuritaires | HA-6.2.6 | 10801 |

Accès à de l'eau salubre (6.3)

- | | | |
|--|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Accès à de l'eau potable | HA-6.3.1 | 10198 |
| <input type="checkbox"/> Décontamination appropriée de l'eau | HA-6.3.2 | 10199 |

Disponibilité des fournitures liées à l'alimentation/la nutrition (6.4)

- | | | |
|---|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Accès à des fournitures liées à l'état nutritionnel/à l'alimentation | HA-6.4.1 | 10201 |
| <input type="checkbox"/> Accès à des dispositifs d'assistance à l'alimentation | HA-6.4.2 | 10202 |
| <input type="checkbox"/> Accès à des dispositifs d'aide à la préparation des aliments | HA-6.4.3 | 10203 |

Activité physique et capacité fonctionnelle (7)

Activité physique, capacité cognitive et physique de s'engager dans des tâches précises, p. ex. allaiter, se nourrir soi-même.

Allaitement (7.1)

- | | | |
|--|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Initiation de l'allaitement | HA-7.1.1 | 10206 |
| <input type="checkbox"/> Durée de l'allaitement | HA-7.1.2 | 10207 |
| <input type="checkbox"/> Allaitement maternel exclusif | HA-7.1.3 | 10208 |
| <input type="checkbox"/> Problèmes d'allaitement | HA-7.1.4 | 10209 |

AVQ et AIVQ en lien avec la nutrition (7.2)

- | | | |
|--|-----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Capacité physique de réaliser des tâches en lien avec la préparation des repas | HA-7.2.1 | 10211 |
| <input type="checkbox"/> Capacité physique de se nourrir soi-même | HA-7.2.2 | 10212 |
| <input type="checkbox"/> Capacité de se positionner par rapport à l'assiette | HA-7.2.3 | 10213 |
| <input type="checkbox"/> Reçoit de l'assistance pour l'apport alimentaire | HA-7.2.4 | 10214 |
| <input type="checkbox"/> Capacité d'utiliser des dispositifs d'alimentation adaptés | HA-7.2.5 | 10215 |
| <input type="checkbox"/> Capacité cognitive de réaliser des tâches en lien avec la préparation des repas | HA-7.2.6 | 10216 |
| <input type="checkbox"/> Se souvient de la nécessité de manger | HA-7.2.7 | 10139 |
| <input type="checkbox"/> Se souvient d'avoir mangé | HA-7.2.8 | 10218 |
| <input type="checkbox"/> Score au mini-examen de l'état mental | HA-7.2.9 | 10219 |
| <input type="checkbox"/> Score des activités de la vie quotidienne (AVQ) en lien avec la nutrition | HA-7.2.10 | 10220 |
| <input type="checkbox"/> Score des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) en lien avec la nutrition | HA-7.2.11 | 10221 |

Activité physique (7.3)

- | | | |
|---|-----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Antécédents en matière d'activité physique | HA-7.3.1 | 10223 |
| <input type="checkbox"/> Régularité | HA-7.3.2 | 10224 |
| <input type="checkbox"/> Fréquence | HA-7.3.3 | 10225 |
| <input type="checkbox"/> Durée | HA-7.3.4 | 10226 |
| <input type="checkbox"/> Intensité | HA-7.3.5 | 10227 |
| <input type="checkbox"/> Type d'activité physique | HA-7.3.6 | 10228 |
| <input type="checkbox"/> Force | HA-7.3.7 | 10229 |
| <input type="checkbox"/> Temps passé devant un écran/la télévision | HA-7.3.8 | 10230 |
| <input type="checkbox"/> Autre temps consacré à des activités sédentaires | HA-7.3.9 | 10231 |
| <input type="checkbox"/> Mouvement physique involontaire | HA-7.3.10 | 10232 |
| <input type="checkbox"/> Thermogenèse liée aux activités autres que l'exercice physique | HA-7.3.11 | 10233 |

Facteurs influençant l'accès à l'activité physique (7.4)

- | | | |
|---|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Sécurité du quartier | HA-7.4.1 | 10822 |
| <input type="checkbox"/> Potentiel piétonnier du quartier | HA-7.4.2 | 10823 |
| <input type="checkbox"/> Proximité de parc/espaces verts | HA-7.4.3 | 10824 |
| <input type="checkbox"/> Accès à des installations/programmes d'activité physique | HA-7.4.4 | 10825 |

Mesures en lien avec la nutrition centrées sur le patient/client (8)

Perception du patient/client à l'égard de l'intervention nutritionnelle et de son impact sur sa vie.

Qualité de vie en lien avec la nutrition (8.1)

- | | | |
|--|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Réactions quant à la qualité de vie en lien avec la nutrition | HA-8.1.1 | 10236 |
|--|----------|-------|

MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES (MA)

Taille, poids, indice de masse corporelle (IMC), indices ou percentile de courbe de croissance et histoire pondérale.

Composition corporelle/croissance/histoire pondérale (1.1)

- | | | |
|---|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Taille/longueur | MA-1.1.1 | 10239 |
| <input type="checkbox"/> Poids | MA-1.1.2 | 10240 |
| <input type="checkbox"/> Ossature | MA-1.1.3 | 10241 |
| <input type="checkbox"/> Changement de poids | MA-1.1.4 | 10242 |
| <input type="checkbox"/> Indice de masse corporelle | MA-1.1.5 | 10243 |
| <input type="checkbox"/> Indices de croissance/percentile de courbe de croissance | MA-1.1.6 | 10244 |
| <input type="checkbox"/> Estimation des compartiments corporels | MA-1.1.7 | 10245 |

DONNÉES BIOCHIMIQUES, PROCÉDURES ET EXAMENS CLINIQUES (DB)

Données de laboratoire (p. ex., électrolytes, glycémie et bilan lipidique) et examens (p. ex., temps de vidange gastrique, métabolisme au repos).

Équilibre acido-basique (1.1)

- | | | |
|--|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> pH artériel | DB-1.1.1 | 10248 |
| <input type="checkbox"/> Bicarbonates artériels | DB-1.1.2 | 10249 |
| <input type="checkbox"/> Pression partielle du gaz carbonique dans le sang artériel, PaCO ₂ | DB-1.1.3 | 10250 |
| <input type="checkbox"/> Pression partielle de l'oxygène dans le sang artériel, PaO ₂ | DB-1.1.4 | 10251 |
| <input type="checkbox"/> pH veineux | DB-1.1.5 | 10252 |
| <input type="checkbox"/> Bicarbonates veineux | DB-1.1.6 | 10253 |

Profil électrolytique et rénal (1.2)

- | | | |
|---|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Azote uréique sanguin | DB-1.2.1 | 10255 |
| <input type="checkbox"/> Créatinine | DB-1.2.2 | 10256 |
| <input type="checkbox"/> Ratio azote uréique sanguin/créatinine | DB-1.2.3 | 10257 |
| <input type="checkbox"/> Taux de filtration glomérulaire | DB-1.2.4 | 10258 |
| <input type="checkbox"/> Sodium | DB-1.2.5 | 10259 |
| <input type="checkbox"/> Chlorure | DB-1.2.6 | 10260 |
| <input type="checkbox"/> Potassium | DB-1.2.7 | 10261 |
| <input type="checkbox"/> Magnésium | DB-1.2.8 | 10262 |

- | | | |
|---|-----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Calcium sérique total | DB-1.2.9 | 10263 |
| <input type="checkbox"/> Calcium ionisé | DB-1.2.10 | 10264 |
| <input type="checkbox"/> Phosphore | DB-1.2.11 | 10265 |
| <input type="checkbox"/> Osmolalité sérique | DB-1.2.12 | 10266 |
| <input type="checkbox"/> Hormone parathyroïdienne | DB-1.2.13 | 10267 |

Profil des acides gras essentiels (1.3)

- | | | |
|--|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Ratio triène/tétraène | DB-1.3.1 | 10269 |
|--|----------|-------|

Profil gastro-intestinal (1.4)

- | | | |
|---|-----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline | DB-1.4.1 | 10271 |
| <input type="checkbox"/> Alanine aminotransférase, ALT | DB-1.4.2 | 10272 |
| <input type="checkbox"/> Aspartate aminotransférase, AST | DB-1.4.3 | 10273 |
| <input type="checkbox"/> Gamma-glutamyl-transférase, GGT | DB-1.4.4 | 10274 |
| <input type="checkbox"/> Volume gastrique résiduel | DB-1.4.5 | 10275 |
| <input type="checkbox"/> Bilirubine totale | DB-1.4.6 | 10276 |
| <input type="checkbox"/> Ammoniac sérique | DB-1.4.7 | 10277 |
| <input type="checkbox"/> Rapport de toxicologie, y compris l'alcool | DB-1.4.8 | 10278 |
| <input type="checkbox"/> Temps de prothrombine (temps de Quick) | DB-1.4.9 | 10279 |
| <input type="checkbox"/> Temps partiel de thromboplastine | DB-1.4.10 | 10280 |
| <input type="checkbox"/> Rapport normalisé international, RNI | DB-1.4.11 | 10281 |
| <input type="checkbox"/> Graisses fécales | DB-1.4.12 | 10282 |
| <input type="checkbox"/> Amylase | DB-1.4.13 | 10283 |
| <input type="checkbox"/> Lipase | DB-1.4.14 | 10284 |
| <input type="checkbox"/> Autres enzymes digestives (préciser) | DB-1.4.15 | 10285 |
| <input type="checkbox"/> D-xylose | DB-1.4.16 | 10286 |
| <input type="checkbox"/> Test d'hydrogène dans l'air expiré | DB-1.4.17 | 10287 |
| <input type="checkbox"/> Biopsie intestinale | DB-1.4.18 | 10288 |
| <input type="checkbox"/> Culture de selles | DB-1.4.19 | 10289 |
| <input type="checkbox"/> Temps de vidange gastrique | DB-1.4.20 | 10290 |
| <input type="checkbox"/> Temps de transit dans l'intestin grêle | DB-1.4.21 | 10291 |
| <input type="checkbox"/> Radiographies abdominales | DB-1.4.22 | 10292 |
| <input type="checkbox"/> Examen clinique de la déglutition | DB-1.4.23 | 10293 |

Profil glycémique/endocrinien (1.5)

- | | | |
|---|-----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun | DB-1.5.1 | 10295 |
| <input type="checkbox"/> Glycémie au hasard | DB-1.5.2 | 10296 |
| <input type="checkbox"/> HbA1c | DB-1.5.3 | 10297 |
| <input type="checkbox"/> Glycémie capillaire préprandiale | DB-1.5.4 | 10298 |
| <input type="checkbox"/> Glycémie capillaire postprandiale maximale | DB-1.5.5 | 10299 |
| <input type="checkbox"/> Test de tolérance au glucose | DB-1.5.6 | 10300 |
| <input type="checkbox"/> Niveau de cortisol | DB-1.5.7 | 10301 |
| <input type="checkbox"/> Protéine de liaison aux IGF | DB-1.5.8 | 10302 |
| <input type="checkbox"/> Tests de la fonction thyroïdienne (TSH, T4, T3) | DB-1.5.9 | 10303 |
| <input type="checkbox"/> Tests d'hormones hypophysaires (GH, ACTH, LH, FSH) | DB-1.5.10 | 10826 |

Profil inflammatoire (1.6)

<input type="checkbox"/> Protéine C réactive	DB-1.6.1	10305
--	----------	-------

Profil lipidique (1.7)

<input type="checkbox"/> Cholestérol sérique	DB-1.7.1	10307
<input type="checkbox"/> Cholestérol HDL	DB-1.7.2	10308
<input type="checkbox"/> Cholestérol LDL	DB-1.7.3	10309
<input type="checkbox"/> Cholestérol non HDL	DB-1.7.4	10310
<input type="checkbox"/> Ratio cholestérol total/cholestérol HDL	DB-1.7.5	10311
<input type="checkbox"/> LDL/HDL	DB-1.7.6	10312
<input type="checkbox"/> Triglycérides sériques	DB-1.7.7	10313

Métabolisme de base (1.8)

<input type="checkbox"/> Taux métabolique au repos, mesuré	DB-1.8.1	10315
<input type="checkbox"/> Quotient respiratoire, mesuré	DB-1.8.2	10316

Profil des minéraux (1.9)

<input type="checkbox"/> Cuivre sérique ou plasmatique	DB-1.9.1	10318
<input type="checkbox"/> Iode, excrétion urinaire	DB-1.9.2	10319
<input type="checkbox"/> Zinc sérique ou plasmatique	DB-1.9.3	10320
<input type="checkbox"/> Bore sérique ou plasmatique	DB-1.9.4	10841
<input type="checkbox"/> Chrome, sérique ou urinaire	DB-1.9.5	10842
<input type="checkbox"/> Fluorure, plasmatique	DB-1.9.6	10843
<input type="checkbox"/> Manganèse, urinaire, sanguin, plasmatique	DB-1.9.7	10844
<input type="checkbox"/> Molybdène, sérique	DB-1.9.8	10845
<input type="checkbox"/> Sélénium, sérique ou urinaire	DB-1.9.9	10846

Profil d'anémie nutritionnelle (1.10)

<input type="checkbox"/> Hémoglobine	DB-1.10.1	10323
<input type="checkbox"/> Hématocrite	DB-1.10.2	10324
<input type="checkbox"/> Volume globulaire moyen	DB-1.10.3	10325
<input type="checkbox"/> Folates érythrocytaires	DB-1.10.4	10326
<input type="checkbox"/> Indice de distribution des globules rouges	DB-1.10.5	10327
<input type="checkbox"/> B12 sérique	DB-1.10.6	10328
<input type="checkbox"/> Acide méthylmalonique sérique	DB-1.10.7	10329
<input type="checkbox"/> Folate sérique	DB-1.10.8	10330
<input type="checkbox"/> Homocystéine sérique	DB-1.10.9	10331
<input type="checkbox"/> Ferritine sérique	DB-1.10.10	10332
<input type="checkbox"/> Fer sérique	DB-1.10.11	10333
<input type="checkbox"/> Capacité totale de fixation du fer	DB-1.10.12	10334
<input type="checkbox"/> Saturation de la transferrine	DB-1.10.13	10335

Profil protéique (1.11)

<input type="checkbox"/> Albumine	DB-1.11.1	10337
<input type="checkbox"/> Préalbumine/Transthyréline	DB-1.11.2	10338
<input type="checkbox"/> Transferrine	DB-1.11.3	10339
<input type="checkbox"/> Phénylalanine plasmatique	DB-1.11.4	10340
<input type="checkbox"/> Tyrosine plasmatique	DB-1.11.5	10341

<input type="checkbox"/> Autres acides aminés, préciser	DB-1.11.6	10342
<input type="checkbox"/> Niveau des anticorps, préciser	DB-1.11.7	10343
<input type="checkbox"/> Transferrine carboxy-déficente	DB-1.11.8	10847

Profil urinaire (1.12)

<input type="checkbox"/> Couleur de l'urine	DB-1.12.1	10345
<input type="checkbox"/> Osmolalité urinaire	DB-1.12.2	10346
<input type="checkbox"/> Densité urinaire	DB-1.12.3	10347
<input type="checkbox"/> Test urinaire, préciser	DB-1.12.4	10348
<input type="checkbox"/> Volume urinaire	DB-1.12.5	10349

Profil vitaminique (1.13)

<input type="checkbox"/> Vitamine A, rétinol sérique ou plasmatique	DB-1.13.1	10351
<input type="checkbox"/> Vitamine C, sérique ou plasmatique	DB-1.13.2	10352
<input type="checkbox"/> Vitamine D, 25-hydroxy	DB-1.13.3	10353
<input type="checkbox"/> Vitamine E, alpha-tocophérol plasmatique	DB-1.13.4	10354
<input type="checkbox"/> Thiamine, coefficient de l'activité de la transcétole érythrocytaire	DB-1.13.5	10355
<input type="checkbox"/> Riboflavine, coefficient de l'activité du glutathion réductase érythrocytaire	DB-1.13.6	10356
<input type="checkbox"/> Niacine, concentration urinaire de N-méthyl-nicotinamide	DB-1.13.7	10357
<input type="checkbox"/> Vitamine B6, concentration sérique ou plasmatique de pyridoxal 5-phosphate	DB-1.13.8	10358
<input type="checkbox"/> Acide pantothénique, excrétion de pantothénate urinaire, plasmatique	DB-1.13.9	10850
<input type="checkbox"/> Biotine, excrétion urinaire de l'acide 3-hydroxyisovalérique ou propionyl-CoA carboxylase pendant la grossesse lymphocytaire	DB-1.13.10	10851

SIGNES PHYSIQUES AXÉS SUR LA NUTRITION (SP)

Signes observés lors d'une évaluation des systèmes du corps, de la fonte musculaire et de la perte de tissu adipeux sous-cutané, de la santé bucco-dentaire, de la capacité à têter/avalier/respirer, de l'appétit et de l'affect.

Signes physiques en lien avec la nutrition (1.1)

<input type="checkbox"/> Apparence générale (préciser) -----	SP-1.1.1	10362
<input type="checkbox"/> Langage corporel (préciser) -----	SP-1.1.2	10363
<input type="checkbox"/> Cardiovasculaire-pulmonaire (préciser) -----	SP-1.1.3	10364
<input type="checkbox"/> Extrémités, muscles et os (préciser) -----	SP-1.1.4	10365
<input type="checkbox"/> Système digestif (bouche à rectum) (préciser) -----	SP-1.1.5	10366
<input type="checkbox"/> Tête et yeux (préciser) -----	SP-1.1.6	10367
<input type="checkbox"/> Nerfs et cognition (préciser) -----	SP-1.1.7	10368

<input type="checkbox"/> Peau (préciser)	SP-1.1.8	10369
<input type="checkbox"/> Signes vitaux (préciser)	SP-1.1.9	10370

ANTÉCÉDENTS DU CLIENT (AC)

Information actuelle et passée liée aux antécédents personnels, médicaux, familiaux et sociaux.

Antécédents personnels (1)

Information générale sur le patient/client, par exemple l'âge, le sexe, la race/l'ethnicité, la langue, l'éducation et le rôle dans la famille.

Données personnelles (1.1)

<input type="checkbox"/> Âge	AC-1.1.1	10374
<input type="checkbox"/> Sexe	AC-1.1.2	10375
<input type="checkbox"/> Ethnicité	AC-1.1.3	10376
<input type="checkbox"/> Langue	AC-1.1.4	10377
<input type="checkbox"/> Facteurs liés à la littératie	AC-1.1.5	10378
<input type="checkbox"/> Éducation	AC-1.1.6	10379
<input type="checkbox"/> Rôle dans la famille	AC-1.1.7	10380
<input type="checkbox"/> Tabagisme	AC-1.1.8	10381
<input type="checkbox"/> Déficience physique	AC-1.1.9	10382
<input type="checkbox"/> Mobilité	AC-1.1.10	10383

Antécédents médicaux/de santé du patient/client ou de sa famille (2)

États de santé, maladies et troubles du patient/client ou de sa famille qui pourraient avoir un impact sur la nutrition.

Antécédents médicaux/de santé en lien avec la nutrition du patient/client ou de sa famille (2.1)

Préciser quels sont les problèmes et s'il s'agit d'antécédents du patient/client (P) ou de sa famille (F).

<input type="checkbox"/> Principale plainte du patient/client relativement à la nutrition (préciser)	AC-2.1.1	10386
<input type="checkbox"/> Cardiovasculaire (préciser)	AC-2.1.2	10387
<input type="checkbox"/> Endocrinien/métabolique (préciser)	AC-2.1.3	10388
<input type="checkbox"/> Excréteur (préciser)	AC-2.1.4	10389
<input type="checkbox"/> Gastro-intestinal (préciser)	AC-2.1.5	10390
<input type="checkbox"/> Gynécologique (préciser)	AC-2.1.6	10391
<input type="checkbox"/> Hématologique/oncologique (préciser)	AC-2.1.7	10392

<input type="checkbox"/> Immunitaire (p. ex. allergies alimentaires) (préciser)	AC-2.1.8	10393
<input type="checkbox"/> Tégumentaire (préciser)	AC-2.1.9	10394
<input type="checkbox"/> Musculosquelettique (préciser)	AC-2.1.10	10395
<input type="checkbox"/> Neurologique (préciser)	AC-2.1.11	10396
<input type="checkbox"/> Psychologique (préciser)	AC-2.1.12	10397
<input type="checkbox"/> Respiratoire (préciser)	AC-2.1.13	10398
<input type="checkbox"/> Autre (préciser)	AC-2.1.14	10399

Traitements/thérapies (2.2)

Traitements médicaux ou chirurgicaux documentés qui pourraient avoir un impact sur l'état nutritionnel du patient.

<input type="checkbox"/> Thérapies/traitements médicaux (préciser)	AC-2.2.1	10401
<input type="checkbox"/> Traitement chirurgical (préciser)	AC-2.2.2	10402
<input type="checkbox"/> Soins palliatifs/de fin de vie (préciser)	AC-2.2.3	10404

Antécédents sociaux (3)

Statut socio-économique du patient/client, situation relative au logement, soins médicaux de soutien et participation à des groupes sociaux.

Antécédents sociaux (3.1)

<input type="checkbox"/> Facteurs socioéconomiques (préciser)	AC-3.1.1	10407
<input type="checkbox"/> Situation relative au logement/à la condition de vie (préciser)	AC-3.1.2	10408
<input type="checkbox"/> Problèmes familiaux (préciser)	AC-3.1.3	10409
<input type="checkbox"/> Soutien social et médical (préciser)	AC-3.1.4	10410
<input type="checkbox"/> Emplacement géographique du domicile (préciser)	AC-3.1.5	10411
<input type="checkbox"/> Occupation (préciser)	AC-3.1.6	10412
<input type="checkbox"/> Religion (préciser)	AC-3.1.7	10413
<input type="checkbox"/> Histoire de crise récente (préciser)	AC-3.1.8	10414
<input type="checkbox"/> Niveau de stress quotidien	AC-3.1.9	10415

NORMES DE COMPARAISON (NC)**Besoins énergétiques (1)****Besoins énergétiques estimés (1.1)**

- | | | |
|--|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Besoins totaux estimés en énergie | NC-1.1.1 | 10419 |
| <input type="checkbox"/> Méthode d'estimation des besoins | NC-1.1.2 | 10420 |

Besoins en macronutriments (2)**Besoins estimés en lipides (2.1)**

- | | | |
|--|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Besoins estimés en lipides totaux | NC-2.1.1 | 10423 |
| <input type="checkbox"/> Type de lipides requis | NC-2.1.2 | 10424 |
| <input type="checkbox"/> Méthode d'estimation des besoins | NC-2.1.3 | 10425 |

Besoins estimés en protéines (2.2)

- | | | |
|---|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Besoins estimés en protéines totales | NC-2.2.1 | 10427 |
| <input type="checkbox"/> Type de protéines requises | NC-2.2.2 | 10428 |
| <input type="checkbox"/> Méthode d'estimation des besoins | NC-2.2.3 | 10429 |

Besoins estimés en glucides (2.3)

- | | | |
|---|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Besoins estimés en glucides totaux | NC-2.3.1 | 10431 |
| <input type="checkbox"/> Type de glucides requis | NC-2.3.2 | 10432 |
| <input type="checkbox"/> Méthode d'estimation des besoins | NC-2.3.3 | 10433 |

Besoins estimés en fibres (2.4)

- | | | |
|--|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Besoins estimés en fibres totales | NC-2.4.1 | 10435 |
| <input type="checkbox"/> Type de fibres requises | NC-2.4.2 | 10436 |
| <input type="checkbox"/> Méthode d'estimation des besoins | NC-2.4.3 | 10437 |

Besoins en liquides (3)**Besoins estimés en liquides (3.1)**

- | | | |
|---|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Besoins totaux estimés en liquides | NC-3.1.1 | 10440 |
| <input type="checkbox"/> Méthode d'estimation des besoins | NC-3.1.2 | 10441 |

Besoins en micronutriments (4)**Besoins estimés en vitamines (4.1)**

- | | | |
|--------------------------------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> A (1) | | 10444 |
| <input type="checkbox"/> C (2) | | 10445 |
| <input type="checkbox"/> D (3) | | 10446 |

- | | | |
|--|--|-------|
| <input type="checkbox"/> E (4) | | 10447 |
| <input type="checkbox"/> K (5) | | 10448 |
| <input type="checkbox"/> Thiamine (6) | | 10449 |
| <input type="checkbox"/> Riboflavine (7) | | 10450 |
| <input type="checkbox"/> Niacine (8) | | 10451 |
| <input type="checkbox"/> Folate (9) | | 10452 |
| <input type="checkbox"/> B6 (10) | | 10453 |
| <input type="checkbox"/> B12 (11) | | 10454 |
| <input type="checkbox"/> Acide pantothénique (12) | | 10455 |
| <input type="checkbox"/> Biotine (13) | | 10456 |
| <input type="checkbox"/> Méthode d'estimation des besoins (13) | | 10458 |

Besoins estimés en minéraux (4.2)

- | | | |
|--|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Calcium (1) | 10460 | |
| <input type="checkbox"/> Chlorure (2) | | 10461 |
| <input type="checkbox"/> Fer (3) | | 10462 |
| <input type="checkbox"/> Magnésium (4) | | 10463 |
| <input type="checkbox"/> Potassium (5) | | 10464 |
| <input type="checkbox"/> Phosphore (6) | | 10465 |
| <input type="checkbox"/> Sodium (7) | | 10466 |
| <input type="checkbox"/> Zinc (8) | | 10467 |
| <input type="checkbox"/> Sulfate (9) | | 10469 |
| <input type="checkbox"/> Fluorure (10) | | 10470 |
| <input type="checkbox"/> Cuivre (11) | | 10471 |
| <input type="checkbox"/> Iode (12) | | 10473 |
| <input type="checkbox"/> Sélénium (13) | | 10474 |
| <input type="checkbox"/> Manganèse (14) | | 10475 |
| <input type="checkbox"/> Chrome (15) | | 10476 |
| <input type="checkbox"/> Molybdène (16) | | 10477 |
| <input type="checkbox"/> Bore (17) | | 10478 |
| <input type="checkbox"/> Cobalt (18) | | 10479 |
| <input type="checkbox"/> Méthode d'estimation des besoins (19) | | 10480 |

Recommandation sur le poids et la croissance (5)**Poids corporel/indice de masse corporelle/croissance recommandés (5.1)**

- | | | |
|--|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Poids souhaitable/de référence | NC-5.1.1 | 10483 |
| <input type="checkbox"/> Indice de masse corporelle (IMC) recommandé | NC-5.1.2 | 10484 |
| <input type="checkbox"/> Courbe de croissance souhaitable | NC-5.1.3 | 10485 |

Apport énergétique (HA-1.1.1)

Définition

Apport énergétique de toutes sources, p. ex., les aliments, les boissons, les suppléments, et par voies entérale et parentérale.

Note: Autant que possible, les données sur l'apport en nutriments devraient être considérées de pair avec l'information clinique, biochimique et anthropométrique, le diagnostic médical, l'état clinique et/ou d'autres facteurs ainsi qu'avec l'alimentation afin de produire une évaluation valide de l'état nutritionnel en fonction de l'ensemble des données probantes. (*Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes: Applications in Dietary Assessment*. Washington, DC: National Academies Press; 2000.)

Évaluation nutritionnelle – Surveillance et évaluation de la nutrition

Indicateurs

Apport énergétique total (préciser, p. ex., calories, kcal ou kJ/jour; calories, kcal ou kJ/kg/jour)

Note: Le poids et le changement de poids sont traités dans la fiche de référence *Composition corporelle/croissance/histoire pondérale*.

Exemples de méthodes de mesure ou de sources de données pour ces indicateurs :

Relevés d'apport alimentaire, rappel de 24 h, journal alimentaire de 3 à 5 jours, questionnaire de fréquence alimentaire, relevés d'apport par un gardien/tuteur, analyse de menu, relevés d'ingesta et d'excreta.

Habituellement utilisés dans les catégories suivantes d'intervention nutritionnelle :

Mode d'administration des aliments et/ou des nutriments, éducation en nutrition, counseling nutritionnel, coordination des soins en nutrition.

Habituellement utilisés pour la détermination, la surveillance et l'évaluation de l'évolution des diagnostics nutritionnels suivants :

Apport énergétique insuffisant, apport énergétique excessif, malnutrition/dénutrition, apport protéino-énergétique insuffisant, poids insuffisant, perte de poids non intentionnelle, embonpoint/obésité, gain de poids non intentionnel, difficulté de déglutition, difficulté à allaiter, fonction GI altérée, adhésion limitée aux recommandations en lien avec la nutrition.

Il faut avoir recours au jugement clinique pour le choix des indicateurs et la détermination des techniques de mesure appropriées et des normes de référence de la population ou du contexte particulier du patient. Une fois précisés, ces indicateurs, techniques de mesure et normes de référence devraient être notés dans les politiques et procédures ou dans les autres documents utilisés dans les dossiers du patient/client, dans l'amélioration de la qualité ou de la performance ou dans les projets de recherche officiels.

Évaluation

Critères d'évaluation

Comparaison au but visé ou à la norme de référence :

- 1) But (ajusté aux besoins du patient/client)
- OU
- 2) Norme de référence (besoin énergétique estimatif ou mesuré)

Apport énergétique (HA-1.1.1)

Exemple(s) pour un patient/client

Indicateur(s) retenu(s)

Apport énergétique total.

Critères d'évaluation

Comparaison au but visé ou à la norme de référence :

- 1) But : Le journal alimentaire indique que le patient/client consomme environ 2600 calories/kcal (10885 kJ) par jour. Le niveau d'apport calorique ciblé pour le patient/client est de 1800 calories/kcal (7540 kJ) par jour.
OU
- 2) Norme de référence : Selon le bilan effectué, l'apport du patient/client est d'environ 2000 calories/kcal (8375 kJ) par jour, soit 80 % du besoin énergétique estimatif de 2500 calories/kcal (10465 kJ) par jour.

Exemple de documentation relative à l'évaluation nutritionnelle ainsi qu'à la surveillance et à l'évaluation de la nutrition

Rencontre initiale avec le patient/client	Selon son journal alimentaire, le patient/client consomme environ 2600 calories/kcal (10885 kJ) par jour, soit 144 % du niveau recommandé de 1800 calories/kcal (7540 kJ) par jour. Évaluerons l'apport calorique lors de la prochaine rencontre, dans deux semaines.
Réévaluation après l'intervention nutritionnelle	Progrès significatif vers l'atteinte du but. Selon son journal alimentaire, le patient/client consomme environ 2100 calories/kcal (8790 kJ) par jour, soit 117 % du niveau recommandé de 1800 calories/kcal (7540 kJ) par jour. Évaluerons l'apport calorique lors de la prochaine rencontre, dans deux semaines.

Apport en liquides/boissons (HA-1.2.1)

Définition

Quantité et type de liquides/boissons consommés par voie orale.

Note: Autant que possible, les données sur l'apport en nutriments devraient être considérées de pair avec l'information clinique, biochimique et anthropométrique, le diagnostic médical, l'état clinique et/ou d'autres facteurs ainsi qu'avec l'alimentation afin de produire une évaluation valide de l'état nutritionnel en fonction de l'ensemble des données probantes. (*Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes: Applications in Dietary Assessment.* Washington, DC: National Academies Press; 2000.)

Évaluation nutritionnelle – Surveillance et évaluation de la nutrition

Indicateurs

Liquides pris oralement (préciser, par exemple, ml ou onces ou tasses/jour ainsi que le type de boisson)

- Eau
- Café et thé
- Jus
- Lait
- Boisson gazeuse (préciser si régulière ou édulcorée artificiellement)

Liquides contenus dans les aliments (p. ex., 90 ml [3 onces] d'eau dans 120 ml [4 onces] de sauce aux pommes) (ml/jour)

Substitut de repas ou supplément liquide (p. ex., ml/jour avec le nom/la description)

Note: Les mesures biochimiques de l'état d'hydratation se trouvent dans les fiches de référence *Profil électrolytique et rénal* et *Profil urinaire*.

Exemples de méthodes de mesure ou de sources de données pour ces indicateurs :

Relevés d'apport alimentaire, rappel de 24 h, questionnaire de fréquence alimentaire, relevés d'ingesta et d'excreta, observation.

Habituellement utilisés dans les catégories suivantes d'intervention nutritionnelle :

Mode d'administration des aliments et/ou des nutriments, éducation en nutrition, counseling nutritionnel, coordination des soins en nutrition.

Habituellement utilisés pour la détermination, la surveillance et l'évaluation de l'évolution des diagnostics nutritionnels suivants :

Apport oral en aliments/boissons insuffisant ou excessif, interaction aliments-médicaments, poids insuffisant, embonpoint/obésité, perte de poids non intentionnelle, gain de poids non intentionnel, trouble de conduite alimentaire, choix alimentaires non souhaitables, adhésion limitée aux recommandations en lien avec la nutrition, incapacité ou non-volonté de prise en charge personnelle, difficulté de déglutition, difficulté à allaiter, fonction GI altérée.

Il faut avoir recours au jugement clinique pour le choix des indicateurs et la détermination des techniques de mesure appropriées et des normes de référence de la population ou du contexte particulier du patient. Une fois précisés, ces indicateurs, techniques de mesure et normes de référence devraient être notés dans les politiques et procédures ou dans les autres documents utilisés dans les dossiers du patient/client, dans l'amélioration de la qualité ou de la performance ou dans les projets de recherche officiels.

Apport en liquides/boissons (HA-1.2.1)

Évaluation

Critères d'évaluation

Comparaison au but visé ou à la norme de référence :

- 1) But (ajusté aux besoins du patient/client)
OU
- 2) Norme de référence

Exemple(s) pour un patient/client

Exemple(s) pour un ou deux indicateurs de soins en nutrition (incluant, pour un des indicateurs, un exemple de documentation pour l'évaluation initiale et pour la réévaluation).

Indicateur(s) retenu(s)

Quantités de liquides pris oralement.

Critères d'évaluation

Comparaison au but visé ou à la norme de référence :

- 1) But : Le patient/client boit actuellement 1000 ml (33 onces) de liquides par jour et a pour but de prendre 1920 ml (64 onces) de liquides par jour.
OU
- 2) Norme de référence : Il n'existe pas de norme validée.

Exemple de documentation relative à l'évaluation nutritionnelle ainsi qu'à la surveillance et à l'évaluation de la nutrition

Évaluation nutritionnelle initiale avec le patient/client	Selon son journal alimentaire, le patient/client consomme environ 1000 ml de liquides par jour. Le but est de consommer environ 3000 ml/jour. Surveillerons l'apport en liquides lors de la prochaine rencontre.
Réévaluation après l'intervention nutritionnelle	Progrès significatif vers l'apport en liquides recommandé. Selon les relevés d'apport en liquides, le patient/client a augmenté sa consommation de liquides de 1000 ml à 2600 ml par jour.

Apport en aliments (HA-1.2.2)

Définition

Type et quantité d'aliments consommés, habitudes de consommation pour ces aliments, et qualité de l'alimentation.

Note: Autant que possible, les données sur l'apport en nutriments devraient être considérées de pair avec l'information clinique, biochimique et anthropométrique, le diagnostic médical, l'état clinique et/ou d'autres facteurs ainsi qu'avec l'alimentation afin de produire une évaluation valide de l'état nutritionnel en fonction de l'ensemble des données probantes. (*Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes: Applications in Dietary Assessment.* Washington, DC: National Academies Press; 2000.)

Évaluation nutritionnelle – Surveillance et évaluation de la nutrition

Indicateurs

Quantité d'aliments

- Produits céréaliers (portions, tasses/dl/ml, onces/grammes)
- Fruits (portions, tasses/dl/ml, onces/grammes)
- Légumes (portions, tasses/dl/ml, onces/grammes)
- Fruits et légumes (portions, tasses/dl/ml, onces/grammes)
- Lait/produits laitiers (portions, tasses/dl/ml, onces/grammes)
- Viande, volaille, poissons, œufs, haricots, noix (portions, tasses/dl, onces/grammes, cuillerées à thé ou à table/ml)
- Graisses et huiles (portions, cuillerées à thé/ml/grammes)
- Sucres concentrés (portions, onces/grammes)
- Pourcentage du repas complet consommé (pourcent)

Types d'aliments/repas

- Aliments fortifiés/enrichis (préciser, p. ex., la quantité ou le nombre de portions de jus d'orange fortifié en calcium)
- Produits ou aliments diététiques spéciaux (préciser, p. ex., le nombre de portions par jour ou par semaine et le type, p. ex., édulcorants non nutritifs, produits sans lactose ou sans gluten)
- Choix d'aliments pré-préparés (p. ex., le type et le nombre par jour ou par semaine)
- Repas rapides surgelés (p. ex., le type et le nombre par jour ou par semaine)
- Aliments ou collations préparés par le client/patient (préciser le type, p. ex., à teneur faible ou élevée en sodium, lipides, fibres)

Structuration des repas/collations*

- Nombre de repas (nombre/jour)
- Nombre de collations (nombre/jour)

* Une collation est définie comme un repas léger ou rapide ingéré entre les repas principaux ou en remplacement d'un repas principal.

Apport en aliments (HA-1.2.2)

Indice de qualité de l'alimentation

- *Healthy Eating Index (HEI)*
- *Children's Diet Quality Index (C-DQI)*
- *Children's Diet Quality Index révisé (RC-DQI)*
- Autre (préciser)

Variété alimentaire (présente/absente)

Note: Les substituts de repas et suppléments liquides sont traités dans la fiche de référence *Apport en liquides*.

Exemples de méthodes de mesure ou de sources de données pour ces indicateurs:

Relevés d'apport alimentaire, rappel de 24 h, questionnaire de fréquence alimentaire, analyse de menu, outils d'évaluation de l'alimentation et de l'activité physique, indice de qualité de l'alimentation (p. ex., *Healthy Eating Index, C-DQI, R C-DQI*) ou autre outil standardisé d'évaluation des apports.

Habituellement utilisés dans les catégories suivantes d'intervention nutritionnelle:

Mode d'administration des aliments et/ou des nutriments, éducation en nutrition, counseling nutritionnel, coordination des soins en nutrition.

Habituellement utilisés pour la détermination, la surveillance et l'évaluation de l'évolution des diagnostics nutritionnels suivants:

Apport oral en aliments/boissons excessif ou insuffisant, interaction aliments-médicaments, poids insuffisant, embonpoint/obésité, trouble de conduite alimentaire, gain de poids non intentionnel, perte de poids non intentionnelle, choix alimentaires non souhaitables, adhésion limitée aux recommandations en lien avec la nutrition, incapacité ou non-volonté de prise en charge personnelle, accès limité aux aliments, apport insuffisant ou excessif en énergie, en macronutriments ou en micronutriments.

Il faut avoir recours au jugement clinique pour le choix des indicateurs et la détermination des techniques de mesure appropriées et des normes de référence de la population ou du contexte particulier du patient. Une fois précisés, ces indicateurs, techniques de mesure et normes de référence devraient être notés dans les politiques et procédures ou dans les autres documents utilisés dans les dossiers du patient/client, dans l'amélioration de la qualité ou de la performance ou dans les projets de recherche officiels.

Évaluation

Critères d'évaluation

Comparaison au but visé ou à la norme de référence:

- 1) But (ajusté aux besoins du patient/client)
- OU
- 2) Norme de référence

Exemple(s) pour un patient/client

Exemple(s) pour un ou deux indicateurs de soins en nutrition (incluant, pour un des indicateurs, un exemple de documentation pour l'évaluation initiale et pour la réévaluation).

Indicateur(s) retenu(s)

Quantité d'aliments.

Apport en aliments (HA-1.2.2)

Critères d'évaluation

Comparaison au but visé ou à la norme de référence :

- 1) But: Le patient/client mange actuellement environ 1 à 2 portions de fruits et légumes par jour. Le but est d'augmenter l'apport en fruits et légumes à 5 portions par jour.
OU
- 2) Norme de référence: L'apport actuel du patient/client de 1 à 2 portions/jour de fruits et légumes est en deçà de la recommandation de 9 portions/jour de fruits et légumes du plan d'alimentation *DASH*.

Exemple de documentation relative à l'évaluation nutritionnelle ainsi qu'à la surveillance et à l'évaluation de la nutrition

Évaluation nutritionnelle initiale avec le patient/client	Selon son rappel alimentaire, le patient/client consomme environ 1 à 2 portions de fruits et légumes par jour. Surveillerons l'apport en fruits et légumes lors de la prochaine rencontre.
Réévaluation après l'intervention nutritionnelle	Un certain progrès vers le but de 9 portions/jour de fruits et légumes. Selon les relevés alimentaires, le patient/client a augmenté sa consommation de fruits et légumes d'environ 1 portion à 4 portions par jour.

Apport en lait maternel/ préparation pour nourrissons (HA-1.2.3)

Définition

Quantité de lait maternel, et/ou quantité, type et concentration de la préparation pour nourrissons consommée par voie orale.

Évaluation nutritionnelle – Surveillance et évaluation de la nutrition

Indicateurs

Apport en lait maternel (suffisance ou onces ou ml/jour, ml/kg, pourcentage de l'apport recommandé)

- Nombre de tétées (nombre/période de 24 h)
- Durée des tétées (nombre de minutes)
- Agent modificateur/supplément (préciser, p. ex., agent épaississant, lipides, préparation, protéines)

Apport en préparation pour nourrissons (onces ou ml/jour)

- Type (préciser, p. ex., marque, à base de lait de vache, à base de soja, préparation pour prématurés ou préparation spéciale avec ou sans ADH et ARA)
- Concentration (préciser, p. ex., calorie, kcal ou kJ/onces ou calorie, kcal ou kJ/ml)
- Nombre de tétées (nombre/jour)
- Volume de préparation par tétée (ml ; quantité préparée-quantité restante dans le biberon)
- Nombre et volume ou poids des contenants de préparation utilisés par semaine (poudre, concentré liquide ou préparation prête à servir)
- Agent modificateur/supplément (préciser, p. ex., agent épaississant, lipides, préparation, protéines)

Note : L'initiation, la durée et l'exclusivité de d'allaitement ainsi que les problèmes d'allaitement sont traités dans la fiche de référence *Allaitement*.

Le changement de poids est traité dans la fiche de référence *Composition corporelle/croissance/histoire pondérale*.

Le nombre de couches mouillées par jour est traité dans la fiche de référence *Profil urinaire*.

Le nombre et la consistance des selles sont traités dans la fiche de référence *Examen physique axé sur la nutrition*.

Si l'apport est fourni par sonde, utiliser les fiches de référence *Apport nutritionnel entéral* et *Apport par nutrition parentérale/solutions intraveineuses*.

Exemples de méthodes de mesure ou de sources de données pour ces indicateurs :

Relevés d'apport, rappel de 24 h, rappel d'apport habituel, observation des tétées (au sein ou au biberon).

Habituellement utilisés dans les catégories suivantes d'intervention nutritionnelle :

Mode d'administration des aliments et/ou des nutriments, éducation en nutrition, counseling nutritionnel, coordination des soins en nutrition.

Apport en lait maternel/ préparation pour nourrissons (HA-1.2.3)

Habituellement utilisés pour la détermination, la surveillance et l'évaluation de l'évolution des diagnostics nutritionnels suivants : Poids insuffisant, embonpoint, gain de poids non intentionnel, perte de poids non intentionnelle, adhésion limitée aux recommandations en lien avec la nutrition, incapacité ou non-volonté de prise en charge personnelle, apport énergétique insuffisant ou excessif, apport en aliments ou en liquides/boissons insuffisant ou excessif.

Il faut avoir recours au jugement clinique pour le choix des indicateurs et la détermination des techniques de mesure appropriées et des normes de référence de la population ou du contexte particulier du patient. Une fois précisés, ces indicateurs, techniques de mesure et normes de référence devraient être notés dans les politiques et procédures ou dans les autres documents utilisés dans les dossiers du patient/client, dans l'amélioration de la qualité ou de la performance ou dans les projets de recherche officiels.

Évaluation

Critères d'évaluation

Comparaison au but visé ou à la norme de référence :

- 1) But (ajusté aux besoins du patient/client)
OU
- 2) Norme de référence

Exemple(s) pour un patient/client

Exemple(s) pour un ou deux indicateurs de soins en nutrition (incluant, pour un des indicateurs, un exemple de documentation pour l'évaluation initiale et pour la réévaluation).

Indicateur(s) retenu(s)

Apport en préparation pour nourrisson.

Critères d'évaluation

Comparaison au but visé ou à la norme de référence :

- 1) But : Le patient/client consomme environ 100 ml de préparation pour nourrisson par kg de poids corporel par jour. Le but est d'augmenter l'apport à 150 ml/kg par jour.
OU
- 2) Norme de référence : L'apport actuel du patient/client de 100 ml/kg/jour est en deçà de l'apport recommandé de 150 ml/kg par jour pour soutenir une croissance adéquate.

Exemple de documentation relative à l'évaluation nutritionnelle ainsi qu'à la surveillance et à l'évaluation de la nutrition

Évaluation nutritionnelle initiale avec le patient/client	Selon le rappel de la mère, le patient/client consomme environ 100 ml/kg/jour de préparation pour nourrisson, 33 % de moins que le niveau recommandé de 150 ml/kg/jour. Surveillerons l'apport en préparation lactée lors de la prochaine rencontre.
Réévaluation après l'intervention nutritionnelle	Progrès significatif vers le but de consommer 150 ml/kg par jour. Selon les relevés de la mère, le patient/client a augmenté sa consommation de préparation pour nourrisson à environ 140 ml/kg/jour au cours des 7 derniers jours.

Apport nutritionnel entéral (HA-1.3.1)

Définition

Quantité ou type d'apport nutritionnel entéral administré au moyen d'une sonde.

Note : Autant que possible, les données sur l'apport en nutriments devraient être considérées de pair avec l'information clinique, biochimique et anthropométrique, le diagnostic médical, l'état clinique et/ou d'autres facteurs ainsi qu'avec l'alimentation afin de produire une évaluation valide de l'état nutritionnel en fonction de l'ensemble des données probantes. (*Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes: Applications in Dietary Assessment.* Washington, DC : National Academies Press ; 2000.)

Évaluation nutritionnelle – Surveillance et évaluation de la nutrition

Indicateurs

Préparation/solution (préciser)

- Composition (nom ou description de la préparation, ingrédients à visée spécifique, incluant suppléments de lipides, glucides, protéines, fibres ou autre [préciser])
- Concentration (p. ex., calories/kcal/kJ par ml)
- Débit (p. ex., ml/heure)
- Volume (p. ex., ml/jour, ml/heure, ml/repas)
- Schéma d'administration (p. ex., nombre d'heures par 24 h, continu, intermittent, bolus)

Rinçage (irrigation) de la sonde d'alimentation, p. ex., type, volume, ml/rinçage, fréquence

Note : La tolérance à la nutrition entérale peut être documentée à l'aide de la fiche de référence *Examen physique* et/ou des fiches de référence pour les signes biochimiques ou symptômes pertinents.

Exemples de méthodes de mesure ou de sources de données pour ces indicateurs :

Relevé ou rappel du patient/client, dossier du patient/client, évaluation à domicile, relevés d'ingesta et d'excreta.

Habituellement utilisés dans les catégories suivantes d'intervention nutritionnelle :

Mode d'administration des aliments et/ou des nutriments, éducation en nutrition, coordination des soins en nutrition.

Habituellement utilisés pour la détermination, la surveillance et l'évaluation de l'évolution des diagnostics nutritionnels suivants : Perfusion insuffisante ou excessive par le soutien nutritionnel entéral, apport hydrique insuffisant, interaction aliments-médicaments, perte ou gain de poids non intentionnels.

Il faut avoir recours au jugement clinique pour le choix des indicateurs et la détermination des techniques de mesure appropriées et des normes de référence de la population ou du contexte particulier du patient. Une fois précisés, ces indicateurs, techniques de mesure et normes de référence devraient être notés dans les politiques et procédures ou dans les autres documents utilisés dans les dossiers du patient/client, dans l'amélioration de la qualité ou de la performance ou dans les projets de recherche officiels.

Évaluation

Critères d'évaluation

Comparaison au but visé ou à la norme de référence :

- 1) But (ajusté aux besoins du patient/client)
OU
- 2) Norme de référence

Exemple(s) pour un patient/client

Exemple(s) pour un ou deux indicateurs de soins en nutrition (incluant, pour un des indicateurs, un exemple de documentation pour l'évaluation initiale et pour la réévaluation).

Indicateur(s) retenu(s)

Débit/schéma (ml/h × nombre d'heures).

Critères d'évaluation

Comparaison au but visé ou à la norme de référence :

- 1) But: La préparation de nutrition entérale (1 calorie ou kcal/ml) est perfusée au patient/client à un débit de 50 ml/h × 24 heures, comparée à la prescription nutritionnelle de 80 ml/h × 24 heures pour satisfaire les besoins nutritionnels estimés.
OU
- 2) Norme de référence: Il n'existe pas de norme de référence applicable car le soutien nutritionnel entéral ou parentéral est personnalisé.

Exemple de documentation relative à l'évaluation nutritionnelle ainsi qu'à la surveillance et à l'évaluation de la nutrition

Évaluation nutritionnelle initiale avec le patient/client	Préparation de nutrition entérale (1 calorie ou kcal/ml) perfusée au patient/client à un débit de 25 ml/h × 24 heures, comparée à la prescription nutritionnelle de 80 ml/h × 24 heures pour satisfaire les besoins nutritionnels estimés. Surveiller l'introduction de la nutrition entérale et la progression du débit.
Réévaluation après l'intervention nutritionnelle	Nutrition entérale à 70 ml/h × 24 heures. Progrès significatif vers la prescription nutritionnelle d'une formule de 1 calorie ou kcal/ml à 80 ml/h × 24 heures.

Apport par nutrition parentérale/ solutions intraveineuses (HA-1.3.2)

Définition

Quantité ou type de nutrition parentérale ou de liquides administrés par voie intraveineuse.

Note : Autant que possible, les données sur l'apport en nutriments devraient être considérées de pair avec l'information clinique, biochimique et anthropométrique, le diagnostic médical, l'état clinique et/ou d'autres facteurs ainsi qu'avec l'alimentation afin de produire une évaluation valide de l'état nutritionnel en fonction de l'ensemble des données probantes. (*Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes: Applications in Dietary Assessment.* Washington, DC: National Academies Press; 2000.)

Évaluation nutritionnelle – Surveillance et évaluation de la nutrition

Indicateurs

Préparation/solution (préciser)

- Composition (préparation ou description)
- Concentration (p. ex., pourcentage ou grammes de soluté par ml)
- Débit (p. ex., ml/heure)
- Schéma d'administration (p. ex., heures, horaire, schéma de diminution progressive)

Solutions intraveineuses, p. ex., type, quantité en ml/jour, ml/heure, ml avec médication

Note : La tolérance à la nutrition parentérale peut être documentée à l'aide de la fiche de référence *Examen physique* et/ou des fiches de référence pour les signes biochimiques ou symptômes pertinents.

Exemples de méthodes de mesure ou de sources de données pour ces indicateurs :

Relevé ou rappel du patient/client, dossier du patient/client, évaluation à domicile, relevés d'ingesta et d'excreta.

Habituellement utilisés dans les catégories suivantes d'intervention nutritionnelle :

Mode d'administration des aliments et/ou des nutriments, éducation en nutrition, coordination des soins en nutrition.

Habituellement utilisés pour la détermination, la surveillance et l'évaluation de l'évolution des diagnostics nutritionnels suivants :

Perfusion insuffisante ou excessive par le soutien nutritionnel parentéral, apport hydrique insuffisant, interaction aliments-médicaments, perte ou gain de poids non intentionnels.

Il faut avoir recours au jugement clinique pour le choix des indicateurs et la détermination des techniques de mesure appropriées et des normes de référence de la population ou du contexte particulier du patient. Une fois précisés, ces indicateurs, techniques de mesure et normes de référence devraient être notés dans les politiques et procédures ou dans les autres documents utilisés dans les dossiers du patient/client, dans l'amélioration de la qualité ou de la performance ou dans les projets de recherche officiels.

Évaluation

Critères d'évaluation

Comparaison au but visé ou à la norme de référence :

- 1) But (ajusté aux besoins du patient/client)

OU

- 2) Norme de référence