

PRÉVENTION DÉNUTRITION POST COVID

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE : ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN ORTHOPHONIE POUR EVALUATION DES TROUBLES DE LA DEGLUTITION ET REEDUCATION SI NECESSAIRE

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	MÉDECIN Nom/prénom : Spécialité : Structure : Adresse d'exercice : Code postal : Tel : Mail :
-----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DATE :

Merci de renseigner la fiche de liaison orthophonie à l'issue des séances (à adresser au prescripteur par mail si possible)

Signature et cachet du médecin

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

FICHE DE LIAISON ORTHOPHONIE

A renseigner à l'issue de la séance par l'orthophoniste à destination du patient, son entourage et ses soignants

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	Orthophoniste : Nom/prénom : Adresse : Tel : Mail :
-----------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

J0/ J10/J20/J30/ et plus tard : Indiquez la date JJ/MM/AA et le mode de consultation/téléconsultation :

Date	JX
Statut nutritionnel :	Poids actuel/poids avant la maladie Dénutrition modérée/sévère
Synthèse de la consultation et difficultés rencontrées	
Actions mises en place Préconisations	
Points d'alertes Troubles de déglutition nécessitant une aide totale aux repas ou un aménagement particulier, une surveillance en hospitalisation ? Mobilité ? Souffrance psychologique ? Dénutrition sévère ? Alerte médecin ?	
Evolution	
Remarques patients/entourage	

