Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
Québec

❑ Hôpital Anna-Laberge ❑ CLSC Kateri
❑ CLSC Châteauguay ❑ CLSC Jardin-du-Québec
Installation: _____

Dossier : _____

Nom, prénom_____

Date de naissance : _____ / ___ / ____ ❑ F ❑ M
année mois jour

Nom de la mère : _____

Nom du père : _____

SUIVI DYSPHAGIE

INTERVENANTS : ❑ Orthophoniste ❑ Ergothérapeute ❑ Nutritionniste

Date du suivi : _____
AAAA/MM/JJ

Texture et consistance actuelles : _____

ALIMENTS / NOMBRE DE BOUCHÉES OU GORGÉES

LÉGENDE : ↓ (diminution) ↑ (augmentation)
+ (légère) ++ (modérée) +++ (importante)
G = GAUCHE **D** = DROITE
N = NORMAL **Ø** = ABSENCE

						Remarques
PHASE ORALE DE PRÉPARATION						
Grosseur des bouchées / gorgées						
Ouverture/fermeture de la bouche						
Préhension labiale						
Mastication						
Formation du bol alimentaire						
Rythme alimentaire						
Écoulement hors de la bouche / sensibilité						
PHASE ORALE DE TRANSPORT						
Propulsion du bolus						
Stases intra-orales / sensibilité						
Fragmentation du bolus						
PHASE PHARYNGÉE						
Délai avant la réponse pharyngée						
Nombre de déglutition						
Élévation laryngée						
Dérhumage						
Changement de voix						
Toux						
Régurgitation / reflux nasal						
Sensation de douleur / brûlure						
PHASE OESOPHAGIENNE						
Sensation de blocage dans l'œsophage						

NOM, PRÉNOM: _____ **NO DOSSIER :** _____

ANALYSE – CONCLUSION ERGOTHÉRAPIQUE

Texture et consistance suggérées : _____

Signature de l'ergothérapeute — Date : AAAA/MM/JJ

ANALYSE – CONCLUSION ORTHOPHONIQUE

Texture et consistance suggérées : _____

Signature de l'orthophoniste — Date : AAAA/MM/JJ

ANALYSE – CONCLUSION NUTRITIONNELLE

Signature de la nutritionniste — Date : AAAA/MM/JJ

RECOMMANDATIONS

Signature de l'ergothérapeute — Date : AAAA/MM/JJ

Signature de l'orthophoniste — Date : AAAA/MM/JJ

TEXTURE ET CONSISTANCE PRESCRITES

Signature de la nutritionniste — Date : AAAA/MM/JJ