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

MOCLI60676

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ £ F £ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

Installation : _____

DÉPISTAGE DE LA MALNUTRITION

Date du dépistage: aaaa/mm/jjJ ☐ Nouveau dépistage ☐ Réévaluation		
Posez les questions suivantes à l'usager[1]	Oui	Non
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous perdu du poids **SANS AVOIR ESSAYÉ de perdre ce poids** ? Si l'usager dit avoir perdu du poids, mais l'avoir repris par la suite, considérez que sa réponse est "Non"		
DEPUIS PLUS D'UNE SEMAINE, mangez-vous moins que d'habitude ?		
Deux réponses affirmatives (OUI) indiquent un risque de malnutrition		

[1] Si l'usager n'est pas en mesure de répondre aux questions, il est possible d'interroger une tierce personne pouvant fournir l'information. Si l'usager ne sait pas s'il a perdu du poids ou non, lui demander si ses vêtements sont moins serrés qu'avant.

Société Canadienne de nutrition. Le Groupe de travail canadien sur la malnutrition. (2014). Outil Canadien de Dépistage Nutritionnel (OCDN). Repéré à : https://nutritioncareincanada.ca

« Le Groupe de travail canadien sur la malnutrition (GTCM) détient les droits d'auteur de l'Outil canadien de dépistage nutritionnel (OCDN). Le GTCM a autorisé le CISSSMO à utiliser à but non lucratif ce formulaire modifié en format électronique et papier, 02-2024.

Interprétation : ☐ Dépistage positif (lorsque l'usager répond OUI aux deux questions, une consultation en nutrition est recommandée)

Consultation en nutrition ☐ **Usager accepte** *Consultation à transmettre selon le processus établi
☐ **Usager refuse**

_____

_____

Intervention(s) : _____

_____

_____

Signature et titre: _____ Date : _ _____
aaaa-mm-jj