Outil Canadien de Dépistage de la Malnutrition (OCDN)

PERTINENCE CLINIQUE			
Description de l'outil	*Inclut le type d'outil et les objectifs visés* Dépistage de la malnutrition en milieu hospitalier Le groupe de travail canadien sur la malnutrition recommande que le dépistage soit fait dans le premier 24h de l'admission et soit suivi par une évaluation afin de diagnostiquer la malnutrition.	**Langue**	☒ Français ☒ Anglais ☐ Autre :
Clientèles visées	Usagers hospitalisés en soins aigus.	**Âges**	☐ 0-6 ans ☐ 7-17 ans ☒ 18-64 ans ☒ 65 ans + ☐ Autre :
Validité et fidélité	*Données psychométriques et qualités métrologiques* Validation et fidélité d'utilisation testée dans 10 hôpitaux canadiens, dans plusieurs provinces différentes.		
Avantages	Identification et intervention rapide pour les usagers qui présentent une malnutrition.		
Limites	Usagers avec des troubles cognitifs, soins palliatifs (moins de 3 mois) et usagers médicalement instables qui requièrent les soins intensifs Ne permet pas d'établir un diagnostic de malnutrition.		
Références	Groupe de travail canadien sur la malnutrition. https://nutritioncareincanada.ca/?lang=fr Laporte, M., Keller, H.H. et Payette, H. (2015). Validity and reliability of the new Canadian Nutrition Screening Tool in the 'real-world' hospital setting. *European Journal of Clinical Nutrition*. 69(5), 558–564. DOI: 10.1038/ejcn.2014.270		

EXIGENCES D'ADMINISTRATION ET D'INTERPRÉTATION		
	Pour administrer l'outil	*Pour interpréter les résultats*
Professionnels visés	Les infirmières, les médecins, les techniciennes en nutrition et les nutritionnistes.	Les infirmières, les médecins, les techniciennes en nutrition et les nutritionnistes.
Formation ☐ *Obligatoire* ☒ *Recommandée*		
Temps requis	Moins de 5 min	Non applicable
Matériel requis	Formulaire papier ou format électronique CLI-60676	Non applicable

SÉCURITÉ DE L'INFORMATION ☒ N/A	
Particularités	
Cote DIC	*Cote (D)isponibilité – (I)ntégrité – (C)onfidentialité*
Analyse de la sécurité	

PROCESSUS D'ACQUISITION ET D'UTILISATION AU CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST	
Démarche de sélection de l'outil	*Provenance de la demande, personnes/équipes/directions consultées, (mini-)CCOC impliqué* DSMREU, DPSCS, CCOC
Acquisition	**Format d'acquisition**

Outil canadien de dépistage de la malnutrition (OCDN)

	☒ Papier	☒ Électronique	☐ Autre	*Commentaires :*

CLI-

Licence, permission, conditions d'utilisation

Le Groupe de travail canadien sur la malnutrition a octroyé une permission d'utilisation que l'outil soit modifié et mis dans un gabarit de formulaire CISSSMO, sans limite d'utilisation en mentionnant le libellé suivant :

« 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.

Spécifier les éléments pertinents du contrat par ex. nb d'utilisateurs prévus, date d'échéance

Contrat ☐ **Oui** ☒ **Non**

Utilisation

Dépôt au dossier ☒ oui ☐ non *Commentaires :*

Utilisateurs et utilisatrices

Directions	*Programmes ou secteur d'activité*
DSMREU	Nutrition
DPSCS	Soins infirmiers (unités de soins, urgence, clinique pré-op)
DL	Service alimentaire
Autre	

Commentaires en lien avec l'utilisation

Demande d'accès à l'outil et autorisation

Pour les utilisateurs et utilisatrices qui ne sont pas listé(e)s ci-haut mais qui voudraient avoir accès à l'outil

N/A

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Auteur(e) de l'outil	Groupe de travail canadien sur la malnutrition	*Coordonnées*	Rupinder Dhaliwal, RD FDC Program Manager- Canadian Malnutrition Task Force https://nutritioncareincanada.ca/?lang=fr

Personnes ressources

Nom et titre d'emploi, direction et coordonnées

Joanne Ratelle, Nutritionniste, DSMREU
joanne.ratelle.csssjr16@ssss.gouv.qc.ca
Camille Lamoureux, APPR, DSMREU
camille.lamoureux.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca

Rédigée le :	2024-11-07	**Par** : *(Nom, titre d'emploi et direction)*	Joanne Ratelle, Nutritionniste, DSMREU
Mise à jour le :		**Par** : *(Nom, titre d'emploi et direction)*	
Mise à jour le :		**Par** : *(Nom, titre d'emploi et direction)*	
Mise à jour le :		**Par** : *(Nom, titre d'emploi et direction)*	
Mise à jour le :		**Par** : *(Nom, titre d'emploi et direction)*	