

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

NUTRITION ENTÉRALE PAR NUTRITIONNISTE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergie(s) : _____

PLAN DE TRAITEMENT

FORMULE NUTRITIVE : _____

VOLUME TOTAL PAR JOUR : _____

DÉBIT ET HORAIRE : _____

PRÉPARATIONS MODULAIRES : _____

IRRIGATION : _____

VOIE D'ALIMENTATION : _____ Précision : _____

MODE D'ADMINISTRATION (APPAREIL) : _____ Précision : _____

MODE DE PERFUSION ENTÉRALE : _____ Précision : _____

SYSTÈME : _____

TYPE DE SONDÉ/CALIBRE : _____

INCLINAISON DE TÊTE DE LIT : _____ Précision : _____

GESTION DES RÉSIDUS : _____

SUIVI DE POIDS : _____ Précision : _____

REMARQUES

Signature du diététiste/nutritionniste _____ # de prescripteur _____ aaaa/mm/jj _____ hh : mm _____

Prénom _____ Nom _____ Titre professionnel _____ # de permis _____

Adresse : _____ Téléphone : _____ Poste : _____

Courriel : _____

☐ FAX envoyé par _____ (init.) Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init.)