



**SFNEP**

Société Francophone  
Nutrition Clinique et Métabolisme  
Nourrir l'Homme malade

# Évaluation des pratiques professionnelles en nutrition clinique

**PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE  
DES CANCERS DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES**

2013

**QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION**

## Membres du groupe de travail

Patrick Bachmann <sup>a,\*</sup>, Georges Romero <sup>a</sup>, Sophie Deneuve <sup>c</sup>, Pauline Coti Bertrand <sup>d,b</sup>,  
Esther Guex <sup>d,b</sup>, Dominique Caldari <sup>e,b</sup>, Ronan Thibault <sup>f,b</sup>, Gilbert Zeanandin <sup>g,b</sup>, Didier Quilliot <sup>h</sup>,

## Auteur correspondant

Dr Patrick Bachmann  
patrick.bachmann@lyon.unicancer.fr

a / Département d'anesthésie-réanimation-nutrition, CRLCC Léon-Bérard, 28, rue Laennec, 69373 Lyon cedex 08, France

b / Comité éducationnel et de pratique clinique (CEPC) de la SFNEP, France

c / Département de chirurgie, CRLCC Léon-Bérard, 28, rue Laennec, 69373 Lyon cedex 08, France

d / Service d'endocrinologie, nutrition clinique, CHUV, 46, rue du Bugnon, 1011 Lausanne, Suisse

e / Clinique médicale pédiatrique, hôpital Femme-Enfant-Adolescent, CHU de Nantes, 7, quai Moncousu, 44093 Nantes cedex 01, France

f / Unité de nutrition, hôpitaux universitaires de Genève, rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève 14, Suisse

g / Pôle digestif, unité de support nutritionnel, hôpital l'Archet 2, CHU de Nice, 151, route Sainte-Antoine-de-Ginestière, BP 3079, 06202 Nice cedex 3, France

h / Unité transversale de nutrition, service de diabétologie, maladies métaboliques et nutrition, CHU de Nancy-Brabois, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy, France

## RÉALISATION DU PROGRAMME D'EPP

Deux méthodes sont proposées pour réaliser l'EPP et consistent, dans un premier temps, à réaliser un audit ciblé pour évaluer rétrospectivement le niveau des pratiques dans l'unité. Dans un second temps, le chemin clinique est utilisé et renseigné de manière systématique et prospective pour chaque patient, à défaut de manière rétrospective. La réalisation préalable de l'audit ciblé permettra de diffuser au mieux à l'équipe les recommandations et de construire les protocoles du service concernant :

- le suivi nutritionnel systématique ;
- la prise en charge nutritionnelle précoce et continue dans le cadre du PPS ;
- les étapes clés de réévaluation et de prise de décision concernant la mise en route de la NE.

L'utilisation du CC, l'analyse des écarts entre la pratique et le protocole, permettront ensuite d'évaluer la pratique et de définir les actions d'amélioration à envisager.

### Première méthode : audit clinique ciblé

Le nombre de dossiers requis est de 20.

Dans le dossier du patient, les éléments nécessaires au diagnostic et à la prise en charge sont indiqués : Les critères sont considérés comme valides s'ils sont notés dans le dossier, le responsable du critère ou de l'action étant spécifié en regard de la notification (*Tableau 1*).

### Deuxième méthode : chemin clinique

Le nombre minimum de dossiers requis est de 20, et au moins dix par praticien ou personnel participant à l'EPP s'ils sont plusieurs.

Le CC peut être réalisé pour ces patients :

- soit de manière rétrospective en fin de prise en charge thérapeutique, par recueil dans le dossier du patient des différents paramètres, et actions ;
- soit de manière prospective par édition et intégration du CC ci-dessous dans le dossier du patient ; ce document suit le patient et est complété au fur et à mesure pendant toute la durée du parcours de soin, les actions étant signées par les responsables.

## PREMIER OBJECTIF

Assurer la diffusion dans l'équipe des recommandations sur la prise en charge nutritionnelle intégrées dans le PPS des patients traités pour cancers des VADS (*Tableau 2*).

## SECOND OBJECTIF

À la consultation initiale, lors de la prise en charge diagnostique, ou lors de la rechute éventuellement, les éléments nécessaires à l'évaluation de l'état nutritionnel sont reportés dans le dossier. Ils ont permis d'établir le diagnostic de dénutrition ou de déterminer un risque nutritionnel: une stratégie de prise en charge en a résulté (*Tableau 3*).

## TROISIÈME OBJECTIF

Avant de débiter la radiothérapie, une stratégie de prise en charge nutritionnelle pour éviter un arrêt de traitement ou une hospitalisation imprévue a été réfléchi et décidée suite à l'évaluation du risque et de l'état nutritionnel. La nécessité de recourir à la NE a été évaluée et les modalités de sa mise en œuvre ont été anticipées (*Tableau 4*).

## QUATRIÈME OBJECTIF

Sept à dix jours avant toute anesthésie générale la stratégie nutritionnelle pré et postopératoire adaptée à la pathologie, au geste chirurgical envisagé et à l'état nutritionnel a été déterminée. Le risque nutritionnel a été évalué (*détermination du GN*) et les modalités de prise en charge nutritionnelle postopératoire ont été anticipées et définies (*Tableau 5*).

## CINQUIÈME OBJECTIF

Lors de chaque consultation, des hospitalisations ultérieures (*et alors deux fois par semaine*), de la radiothérapie (*au moins une fois par semaine*), des chimiothérapies (*à chaque cure*), le patient a été pesé, son IMC calculé et noté, l'évolution pondérale calculée, la prise alimentaire contrôlée spécialement en cas de dégradation pondérale ou de dysphagie, soit par EPA<sup>®</sup>, soit lors d'une consultation diététique avec estimation des apports caloriques. La stratégie de prise en charge nutritionnelle a été adaptée à l'évolution de ces paramètres. Choisir le tableau des actions selon le traitement concerné, c'est-à-dire pendant la radiothérapie (*Tableau 6*) ou lors de parcours clinique à chaque consultation, séance de chimiothérapie, lors des hospitalisations... (*Tableau 7*).

## GRILLES D'ÉVALUATION

Notez une seule réponse par case :

**O** si la réponse est **OUI** ou présent.

**N** si la réponse est **NON** ou absent.

**NA** si le critère ne s'applique pas à ce patient ou à votre pratique (*précisez dans la zone de commentaires*).

**N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !**

N° d'anonymat : ..... Date : ..... Temps passé à cette évaluation : .....

Secteur :  public  privé

Taille de l'établissement (CHU, CH...) : .....

Spécialité de la personne remplissant la grille : .....

Existe-t-il une unité ou une équipe de nutrition dans votre établissement ?  oui  non

Existe-t-il un CLAN ?  oui  non

**Tableau 1**

*Audit clinique ciblé*

ACTION	Oui	Non	Partiel ou NA
1. Le poids, l'IMC, la variation du poids en % au cours des derniers mois sont notés lors de la consultation initiale			
2. Le poids est noté lors de chaque consultation ou hospitalisation. Noter le nombre de fois où le poids est noté sur le nombre de fois où il devrait l'être; par exemple 3/6 pour un poids noté 3 fois sur 5 consultations et 1 hospitalisation.	..... ..... / .....	..... ..... / .....	..... ..... / .....
3. En cas de perte de poids ou d'IMC < 18,5 avant 70 ans ou < 21 après 70 ans :  · une évaluation de la prise alimentaire est réalisée  · une stratégie de prise en charge nutritionnelle est notée : - surveillance programmée - conseils diététiques personnalisés - compléments nutritionnels oraux - proposition de nutrition entérale	..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....

<p><b>4. La consommation alcoolique habituelle est notifiée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· en cas de consommation alcoolique régulière supérieure à 60g/j ou de dépendance, une prise en charge du sevrage est notifiée</li> <li>· en cas de dénutrition et de consommation quotidienne d'alcool <math>\geq</math> 60g/j, une nutrition entérale est discutée avec prévention du syndrome de renutrition</li> <li>· en cas de poursuite de l'intoxication alcoolique, la consommation est contrôlée à chaque consultation ou hospitalisation; indiquez le nombre de fois</li> </ul>	<p>..... / .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>..... / .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>..... / .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>5. Avant chirurgie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· le grade nutritionnel (GN) est noté dans le dossier</li> <li>· une prise en charge nutritionnelle préopératoire adaptée au GN est réalisée</li> <li>· une prévision de la stratégie nutritionnelle postopératoire est spécifiée</li> </ul>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>6. Avant radiothérapie et/ou radiochimiothérapie, une discussion sur la nécessité d'une NE chez le patient dénutri ou à risque nutritionnel est notée lors de la RCP.</b></p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>

**Tableau 2**

*Premier objectif du chemin clinique, assurer la diffusion des protocoles.*

ACTION	Oui	Non
<p>Les recommandations pour l'évaluation et la prise en charge nutritionnelle sont accessibles dans tous les lieux de prise en charge du patient (consultations, service d'hospitalisation, radiothérapie, salles de RCP*...)</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p><b>Commentaires (services manquants par ex.) :</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

\*RCP: réunion de concertation multidisciplinaire.

**Tableau 3**

Second objectif du chemin clinique, évaluer le risque et l'état nutritionnel et adapter la stratégie de prise en charge nutritionnelle.

**Action - Consultation de prise en charge initiale**

Date : ..... / ..... / ..... Signature :

Nom : ..... Prénom : .....

N°. identification : .....

ACTION	Oui	Non	Partiel ou NA
<p>1. Poids : ..... kg - Taille : ..... cm</p> <p>Perte de poids au cours des derniers mois</p> <p>En valeur : ..... % ..... en durée : ..... mois</p> <p>IMC .....</p> <p>Les facteurs de risque particuliers sont identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· âge supérieur à 70 ans</li> <li>· dysphagie (à quelle texture : .....)</li> <li>· odynodysphagie (traitement : .....)</li> <li>· réduction des prises alimentaires :</li> </ul> <p>si oui, valeur de l'EPA® ou niveau estimé : .....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· antécédents de pathologies digestives à risque (gastrectomie, pancréatites, cirrhose...)</li> <li>· tabac : en cours</li> </ul> <p>si oui : .... paquets-années</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· alcool</li> </ul> <p>si oui : .... g/j en moyenne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· isolement social, autre : .....</li> </ul>			
<p>2. Risque nutritionnel lié à la tumeur (T3-T4oropharyngé, tumeur du cavum par exemple...)</p> <p>Spécifier svp : .....</p>			
<p>3. Un diagnostic nutritionnel a été établi et est noté lors de la consultation initiale (entourer la réponse notée) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· dénutri</li> <li>· à risque nutritionnel</li> <li>· non dénutri</li> </ul>			

<p>4. En cas de consommation d'alcool régulière <math>\geq</math> 60g/j, ou en cas de dépendance, une stratégie de prise en charge de l'addiction est mise en place</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p><b>Commentaire</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
<p>En cas de dépendance tabagique, une consultation d'addictologie a été proposée</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p><b>Commentaire</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
<p>Une proposition de prise en charge nutritionnelle en cas de risque ou de dénutrition est réalisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· surveillance pondérale et des prises alimentaires</li> <li>· consultation de diététique</li> <li>· compléments nutritionnels oraux</li> <li>· pose de sonde nasale pour NE</li> <li>· pose de gastrostomie pour NE</li> </ul>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Commentaire</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			

**IMC** : Indice de masse corporelle  
**EPA®** : Échelle des prises alimentaires  
**NE** : Nutrition entérale



**Tableau 4**

Troisième objectif du chemin clinique, avant de débuter la radiothérapie, la stratégie de prise en charge nutritionnelle est discutée.

**Avant de débuter la radiothérapie**

Date : ..... / ..... / ..... Signature :

Nom : ..... Prénom : .....

N°. identification : .....

ACTION	Oui	Non	Partiel ou NA
<p><b>1. Les facteurs de risque de recours à la nutrition entérale au cours de la radiothérapie ont été identifiés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· âge supérieur à 70ans</li> <li>· T3-T4oropharyngé, T.cavum</li> <li>· % PdP &gt; 5% ou IMC &lt; 18,5 avant 70 ans ou &lt; 21 après</li> <li>· dysphagie (à quelle texture : .....)</li> <li>· odynodysphagie (traitement : .....)</li> <li>· réduction des prises alimentaires avec EPA® &lt; 7</li> <li>· antécédents de pathologies digestives à risque (gastrectomie, pancréatites, cirrhose...)</li> <li>· alcool non sevré (..... g/jour en moyenne)</li> <li>· isolement social, autre : .....</li> </ul>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>2a. En cas de radiothérapie des VADS, un conseil diététique personnalisé est instauré la première semaine de traitement</b></p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p><b>Commentaire</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			

<p><b>2b. En cas de radiochimiothérapie en intention curative portant sur la sphère oropharyngée ou de patient dénutri :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· la mise en place d'une gastrostomie prophylactique est discutée</li> <li>· l'absence de mise en place est argumentée</li> </ul>	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

**Commentaire**

.....

.....

.....

<p><b>2c. En cas de pose prophylactique de gastrostomie, l'éducation du patient comprend la mise en place de mesures de préservation fonctionnelle de la déglutition, de la mastication</b></p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	--------------	--------------

**Commentaire**

.....

.....

.....

**NA** : Non applicable  
**% PdP** : Pourcentage de perte de poids  
**IMC** : Indice de masse corporelle  
**EPA®** : Échelle des prises alimentaires  
**NE** : Nutrition entérale

**Tableau 5***Quatrième objectif du chemin clinique, avant la chirurgie, la prise en charge nutritionnelle est adaptée.***Lors de la consultation de chirurgie et/ou anesthésie**

Date : ..... / ..... / ..... Signature :

Nom : ..... Prénom : .....

N°. identification : .....

ACTION	Oui	Non
1a. Le grade nutritionnel (GN) du patient a été déterminé et noté dans le dossier. Valeur GN : .....	.....	.....
1b. La valeur du grade nutritionnel notée est conforme à la valeur théoriquea fonction du % PdP, IMC, albuminémie et du type de chirurgie envisagée Valeur GN : .....	.....	.....
<b>Commentaire</b> ..... ..... .....		
1c. La consommation d'alcool actuelle est quantifiée, notée Valeur moyenne : ..... g/jour	.....	.....
2a. En cas de patient dénutri (% PdP > 10% ou IMC < 18,5 avant 70ans, < 21 après ou albuminémie <30g/L), une prise en charge adaptée a été instituée pour une durée compatible avec l'acte opératoire envisagé (7 à 10 jours pour GN 4) Type de prise en charge : .....	.....	.....
<b>Commentaire</b> ..... ..... .....		

<b>2b. En cas de patient dénutri, le risque de syndrome de renutrition est évoqué et pris en charge</b>	.....	.....
<b>2c. En cas de patient non dénutri (GN2), des conseils diététiques voire des CNO ont été donnés</b>	.....	.....
<b>Commentaire</b> ..... ..... .....		
<b>2d. La voie d'abord pour la reprise de la nutrition postopératoire a été anticipée</b> Précisez : .....	.....	.....
<b>2e. La voie d'abord pour la reprise de la nutrition postopératoire prévue est conforme au protocole ou aux recommandations</b>	.....	.....
<b>Commentaire</b> ..... ..... .....		
<b>2f. La prise en charge préopératoire adaptée au GN est conforme au protocole ou aux recommandations</b>	.....	.....
<b>Commentaire</b> ..... ..... .....		

**Tableau 6**

Cinquième objectif du chemin clinique, pendant la radiothérapie, la surveillance et l'adaptation de la prise en charge nutritionnelle sont assurées.

**Action pendant la radiothérapie**

Nom : ..... Prénom : .....

N°. identification : .....

**1a. Le patient est pesé chaque semaine, le % PdP et l'IMC sont calculés, la dysphagie est évaluée (grade OMS)**

	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Noté x fois/requis
<b>Responsable</b>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	..... / .....
<b>Date</b>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	..... / .....
<b>Poids</b>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	..... / .....
<b>IMC</b>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	..... / .....
<b>% PdP Grade de mucite</b>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	..... / .....

**1b. La prise alimentaire (et hydrique) a été évaluée en cas de perte de poids ou de dysphagie de grade > 1, par échelle visuelle des prises alimentaires (EPA®) ou lors d'une consultation diététique**

	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Noté x fois/requis
<b>EPA®</b>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	..... / .....
<b>CS Diététique</b>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	..... / .....

**2a. En cas de perte de poids, d'IMC < 18,5 avant 70 ans ou < 21 après 70 ans, d'EPA® < 7, d'apports oraux inférieurs aux besoins, la prise en charge nutritionnelle a été adaptée**

	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Noté x fois/requis
<b>Conseil Diététique</b>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	..... / .....
<b>CNO</b>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
<b>NE</b>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	..... / .....

**2b. L'apport calorique est d'au moins 30 à 35 Kcal/kg par jour et la prise en charge nutritionnelle réalisée est conforme au protocole et aux recommandations**

	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Noté x fois/requis
<b>Conforme : oui / non</b>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	..... / .....
<b>Motif</b>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	..... / .....

**Grades de toxicité muqueuse**

Grade 1 : érythème ou ulcères indolores; alimentation normale.

Grade 2 : érythème et ulcérations douloureuses; alimentation solide possible.

Grade 3 : ulcérations douloureuses, dysphagie; alimentation liquide seule possible.

Grade 4 : nécroses, ulcérations très douloureuses; alimentation orale impossible.

**Tableau 7**

Cinquième objectif, chemin clinique lors de chaque consultation, cure de chimiothérapie, lors des hospitalisations.

**Action à chaque consultation, cure de chimiothérapie, admission**

Nom : ..... Prénom : .....

N°. identification : .....

<b>Date :</b> ..... / ..... / .....  <b>Motif</b> (par ex. chimio1, consultation, etc.)  .....  <b>Nom et signature de l'intervenant :</b>  .....	1. Les paramètres ci-dessous ont été mesurés, calculés, notés dans le dossier quand cela était nécessaire : reporter ci-dessous les valeurs ou <b>ND</b> (si non déterminées ou non notées dans le dossier), ou <b>NA</b> (si non applicable)					
	Poids	% PdP	IMC	EPA®	Apports calorique et hydrique	Grade de mucite <sup>a</sup>
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	2. La prise en charge nutritionnelle a été spécifiée et adaptée au traitement, à l'état nutritionnel, d'hydratation et à l'évolution					
	<b>Type de prise en charge :</b> .....					
	<b>Conformité au protocole</b> (cochez la réponse) <input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/> <b>NA</b>					
	<b>Commentaire :</b> ..... ..... .....					

**Grades de toxicité muqueuse**

Grade 1 : érythème ou ulcères indolores; alimentation normale.

Grade 2 : érythème et ulcérations douloureuses; alimentation solide possible.

Grade 3 : ulcérations douloureuses, dysphagie; alimentation liquide seule possible.

Grade 4 : nécroses, ulcérations très douloureuses; alimentation orale impossible.

**% PdP** : Pourcentage de perte de poids

**IMC** : Indice de masse corporelle

**EPA®** : Échelle des prises alimentaires

**NE** : Nutrition entérale

<b>Date :</b> ..... / ..... / .....  <b>Motif</b> (par ex. chimio1, consultation, etc.)  .....  <b>Nom et signature de l'intervenant :</b>  .....	<b>1. Les paramètres ci-dessous ont été mesurés, calculés, notés dans le dossier quand cela était nécessaire : reporter ci-dessous les valeurs ou ND (si non déterminées ou non notées dans le dossier), ou NA (si non applicable)</b>					
	<b>Poids</b>	<b>% PdP</b>	<b>IMC</b>	<b>EPA®</b>	<b>Apports calorique et hydrique</b>	<b>Grade de mucite<sup>a</sup></b>
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	<b>2. La prise en charge nutritionnelle a été spécifiée et adaptée au traitement, à l'état nutritionnel, d'hydratation et à l'évolution</b>					
	<b>Type de prise en charge :</b> .....					
	<b>Conformité au protocole</b> (cochez la réponse) <input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/> <b>NA</b>					
	<b>Commentaire :</b> ..... ..... .....					

<b>Date :</b> ..... / ..... / .....  <b>Motif</b> (par ex. chimio1, consultation, etc.)  .....  <b>Nom et signature de l'intervenant :</b>  .....	<b>1. Les paramètres ci-dessous ont été mesurés, calculés, notés dans le dossier quand cela était nécessaire : reporter ci-dessous les valeurs ou ND (si non déterminées ou non notées dans le dossier), ou NA (si non applicable)</b>					
	<b>Poids</b>	<b>% PdP</b>	<b>IMC</b>	<b>EPA®</b>	<b>Apports calorique et hydrique</b>	<b>Grade de mucite<sup>a</sup></b>
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	<b>2. La prise en charge nutritionnelle a été spécifiée et adaptée au traitement, à l'état nutritionnel, d'hydratation et à l'évolution</b>					
	<b>Type de prise en charge :</b> .....					
	<b>Conformité au protocole</b> (cochez la réponse) <input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/> <b>NA</b>					
	<b>Commentaire :</b> ..... ..... .....					

**Action lors de chaque consultation, cure de chimiothérapie, hospitalisation**  
**Résumé en fin de prise en charge**

Nom : ..... Prénom : .....

N°. identification : .....

Nom et signature du responsable : .....

<b>Date :</b> ..... / ..... / .....  <b>Motif</b> (par ex. chimio1, consultation, etc.)  .....  <b>Nom et signature de l'intervenant :</b>  .....	<b>1. Les paramètres d'évaluation ont été mesurés, calculés, notés dans le dossier quand cela était nécessaire</b> (reporter le nombre de fois où c'est le cas/nombre de fois où cela aurait dû être fait)					
	<b>Poids</b>	<b>% PdP</b>	<b>IMC</b>	<b>EPA®</b>	<b>Apports calorique et hydrique</b>	<b>Grade de mucite<sup>a</sup></b>
	..... / .....	..... / .....	..... / .....	..... / .....	..... / .....	..... / .....
	<b>2. La prise en charge nutritionnelle a été spécifiée et adaptée au traitement, à l'état nutritionnel, l'hydratation et à l'évolution lors de chaque occasion</b>					
<b>Nombre de fois :</b> ..... / .....			<b>Conformité au protocole :</b> ..... / .....			
<b>Commentaire :</b> ..... ..... .....						

**Grades de toxicité muqueuse**

Grade 1 : érythème ou ulcères indolores; alimentation normale.

Grade 2 : érythème et ulcérations douloureuses; alimentation solide possible.

Grade 3 : ulcérations douloureuses, dysphagie; alimentation liquide seule possible.

Grade 4 : nécroses, ulcérations très douloureuses; alimentation orale impossible.

**% PdP** : Pourcentage de perte de poids

**IMC** : Indice de masse corporelle

**EPA®** : Échelle des prises alimentaires

**NE** : Nutrition entérale