

# 7. APPRECIATION DU PATIENT

---

Dossier nr. : .....

## Appréciation actuelle de la qualité de vie :

excellente : ..... depuis : ..... cause(s) : .....

bonne : ..... depuis : ..... cause(s) : .....

médiocre : ..... depuis : ..... cause(s) : .....

faible : ..... depuis : ..... cause(s) : .....

pauvre : ..... depuis : ..... cause(s) : .....

## Appréciation de l'activité physique, sédentarité :

- sur votre lieu de travail ou pendant votre occupation principale :
  - marchez-vous ?
    - 1 jamais, 2 occasionnellement, 3 souvent
  - êtes-vous assis ?
    - 1 jamais, 2 occasionnellement, 3 souvent
  - pendant vos loisirs :
- marchez-vous ?
  - 1 jamais, 2 occasionnellement, 3 souvent
- jardinez-vous ?
  - 1 jamais, 2 occasionnellement, 3 souvent
- bricolez-vous activement ?
  - 1 jamais, 2 occasionnellement, 3 souvent
- pratiquez-vous un sport ?
  - si oui, lequel ? : ..... Durée moyenne : .....
  - 1 jamais, 2 occasionnellement, 3 souvent
- regardez-vous la télévision ? :
  - 1 jamais, 2 occasionnellement, 3 souvent
- pour vous déplacer :
  - vous privilégiez la marche, le vélo, les rollers, autres ? : .....
  - 1 jamais, 2 occasionnellement, 3 souvent

Appréciation de la consommation de tabac :

fumez vous ? OUI NON

si oui : combien par jour : ..... Depuis quand? .....

souhaitez-vous arrêter de fumer ? : OUI NON

si oui,

tentatives de sevrage ? : ..... nombre : .....

existence de compensations alimentaires : OUI NON

prise de poids réelle : ..... kg

si non, pourquoi ? : .....

craintes de prise de poids ? .....

Appréciations des attentes, motivations, satisfaction :

.....  
.....  
.....

Appréciation des difficultés, peurs, croyances alimentaires :

.....  
.....  
.....

Évaluation des connaissances et compétences de la personne soignée :

.....  
.....  
.....

Évaluation de la réalisation des objectifs de soin nutritionnel, diététique et des actions négociés :

.....  
.....  
.....

Évaluation de l'acceptabilité de la personne soignée :

.....  
.....  
.....

Stade d'acceptation de la maladie :

.....  
.....  
.....

Autonomie :

.....  
.....  
.....

Divers :

- portez-vous une prothèse dentaire, pour manger ? : OUI NON
  - si oui : est-elle bien supportée ? : OUI NON
  - si non pourquoi ? : .....