

# Ma fiche : Alimentation et hydratation



|                   |  |       |  |
|-------------------|--|-------|--|
| Nom/prénom        |  | Date  |  |
| Objectif/consigne |  | Poids |  |

## MON SUIVI DE LA JOURNÉE

| Moment         | Aliments/boissons | Quantités aprox | Tolérance/symptômes |
|----------------|-------------------|-----------------|---------------------|
| Petit déjeuner |                   |                 |                     |
| Matin          |                   |                 |                     |
| Déjeuner       |                   |                 |                     |
| Après-midi     |                   |                 |                     |
| Dîner          |                   |                 |                     |
| Soir           |                   |                 |                     |
| Autre          |                   |                 |                     |

## HYDRATATION

Boissons / quantités .....

Hydratation globale ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Difficile

Symptômes associés ☐ Nausées ☐ Vomissements ☐ Vertiges ☐ Autre : .....

## NUTRITION ENTÉRALE / DISPOSITIF (SI CONCERNÉ)

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Type de nutrition / dispositif    |  |
| Volume / débit selon prescription |  |
| Incidents/symptômes               |  |

## CE QUI EST BIEN TOLÉRÉ / MOINS BIEN TOLÉRÉ

| Plutôt bien toléré | Plutôt mal toléré |
|--------------------|-------------------|
|                    |                   |

## MON ÉTAT EN FIN DE JOURNÉE

Nausées : /10 Douleur : /10 Fatigue : /10

Hydratation : ☐ correcte ☐ insuffisante ☐ très difficile

Alimentation : ☐ correcte ☐ réduite ☐ très difficile

