



EVALUATION NUTRITIONNELLE A L'ENTREE

Nom : _____ Date : _____
Prénom : _____
Poids : _____ Taille : *Toise/carte d'identité/talon-genou*
IMC : _____ Poids habituel : _____
Perte de poids dans les 6 mois : *oui/non*
Perte d'appétit récente : *oui/non*

**ASSOCIATION DES
DIETETICIEN(NE)S
DU FINISTERE
ET DU MORBIHAN**

Texture : *Normale/hachée/moulignée/mixée/liquide*
Régime particulier : _____
Nutrition artificielle : _____

ENQUETE ALIMENTAIRE :

Petit déjeuner :

Téléphone :
06 04 00 12 23

Mail :
diets2956@gmail.com

ADFM
60, chemin de kervailant
29000 QUIMPER

Site web :
www.diets2956.jimdo.fr

Collation matinée :

Déjeuner :

Collation après-midi :

Dîner :