

Document destiné à :

Proximos Fax : 022/420 64 81  
imad Fax : 022/420 20 21  
CSI Fax : 022/420 24 61  
Autre : ..... Fax :

## PRESCRIPTION DE NUTRITION ENTERALE OU DE SNO

### Etiquette du dossier patient, ou :

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date naissance : .....  
Adresse : .....  
Localité : .....  
Etage : ..... Code d'entrée : .....  
Tél : ..... mobile : .....  
Assurance : .....

### Professionnels de contact

Médecin traitant : .....  
Médecin prescripteur : .....  
RCC prescripteur : .....  
Diététicien(ne) : .....  
Inf. ou assist soc. : .....  
Autre : .....  
Unité d'hospitalisation : .....  
Tél de l'unité : .....

### Informations nutritionnelles

Poids :                      Taille :  
Perte de poids sur  
les 6 derniers mois : ..... kg  
Consommation aux repas :  
 Habituelle  
 2/3 portions habituelles  
 1/3 portions habituelles

### Nutrition entérale (NE)

totale                       de complément  
 SNG                               PEG  
 PEJ;                               Autre : .....  
Référence sonde : .....  
Posée le : .....  
Hydratation : .....  
 Per os                       par la sonde  
Administration par :  
 Pompe     Gravité     Seringue

### Suppléments nutritifs oraux

250kcal – 8g prot-sans lip  
 300kcal – 12g prot  
 300kcal – 20g prot  
 400 kcal – 20g prot  
 Immuno-nutrition  
Arômes préférés :

Nom du produit	Vol. (ml)	Posologie (ml)/24h	Durée admin (h) ; Débit (ml/h)	Remarques

### Commentaires et diagnostic :

Autonomie du patient ou de son entourage :                       Totale                       partielle                       faible

Date de prescription médicale :	Signature du médecin et tampon :
Date souhaitée de livraison :	
Durée prévue du traitement :	
Prochain contrôle médical le :	