**PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRES LE TRAITEMENT D’UN CANCER**

**Bilan de Soin Diététique**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification du patient**  Nom de naissance :  Prénom :  Date de naissance :  N°SS :  Adresse :  Tel :  Sexe : F  M  **Informations du patient**  Taille : Poids :  Poids habituel :  IMC : | **Bilan réalisé le :**  **Nom du diététicien :**  **A remettre à :**  Nom de la structure coordinatrice :    Nom du médecin traitant : |

* **DIAGNOSTIC DIETETIQUE** *(Comportement alimentaire en général, la présence ou la suspicion de troubles du comportement alimentaire, les difficultés du patient et sa motivation et les éléments pertinents qui influencent la prise en charge) :*
* **Historique de poids**
* **Bilan nutritionnel :**

Prise alimentaire :  Excessive  Normale  Insuffisante

* **Objectifs de la prise en charge nutritionnelle fixés avec le patient :**
* **Conseils donnés :**

* **Suivi proposé :**

**Adhésion du patient :**

Mise en place d’un programme alimentaire accepté par le patient

Refus du patient

**Signature du professionnel**