

# DOSSIER DE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE EHPAD

**Documents à retourner signés à LINUT, en priorité sur la messagerie sécurisée à l'adresse suivante :**

[linut@limousin.mssante.fr](mailto:linut@limousin.mssante.fr)

- Consentement signé par :
  - un **médecin adhérent** à LINUT (fiche téléchargeable sur <http://www.linut.fr/qui-sommes-nous/les-adherents-ladhesion-au-reseau-linut> ou à demander à LINUT
  - et par le **résident** ou son ayant droit
- Fiche d'évaluation nutritionnelle de dépistage EHPAD (recto + verso) signée par le médecin ayant signé le consentement

Ce document a pour objectif de poser le protocole de prise en charge nutritionnelle d'un résident en EHPAD, suite au signalement de l'établissement.

- **Conditions pour qu'un résident puisse bénéficier de ce protocole**

En priorité, les dénutris ou les obèses graves peuvent bénéficier du protocole de prise en charge nutritionnelle, c'est-à-dire :

✓ Pour les dénutris, les résidents doivent valider :

- Si résident < 70 ans (selon HAS 2019), au moins un des 2 critères ci-dessous

- IMC < 18.5
- Perte de poids  $\geq 5\%$  en 1 mois ou  $\geq 10\%$  en 6 mois

Combiné à au moins un des critères suivants :

- Pathologie associée chronique
- Diminution des apports alimentaires
- Cancer
- Malabsorption digestive

- Si résident  $\geq 70$  ans (selon HAS 2007), au moins un des critères ci-dessous :

- IMC < 21
- Perte de poids  $\geq 5\%$  en 1 mois ou  $\geq 10\%$  en 6 mois
- MNA global < 17 (si < 17 -> dénutrition / si 17-24 -> risque de dénutrition), ou MNA-SF < 8 (si < 8 -> dénutrition / si 8-11 -> risque de dénutrition)
- Albuminémie < 35 g/L (en l'absence d'une CRP élevée (> 5 mg/L))

✓ Pour les obèses graves (quel que soit l'âge) :

- IMC > 35

Si en plus de cet IMC > 35, il est constaté une perte de poids  $\geq 5\%$  en 1 mois ou  $\geq 10\%$  en 6 mois, ou que le MNA complet < 17 (ou MNA-SF < 8), le résident est dit obèse dénutri

- **Conditions pour qu'une évaluation complémentaire à 6M et 1A soit effectuée (état nutritionnel pathologique)**

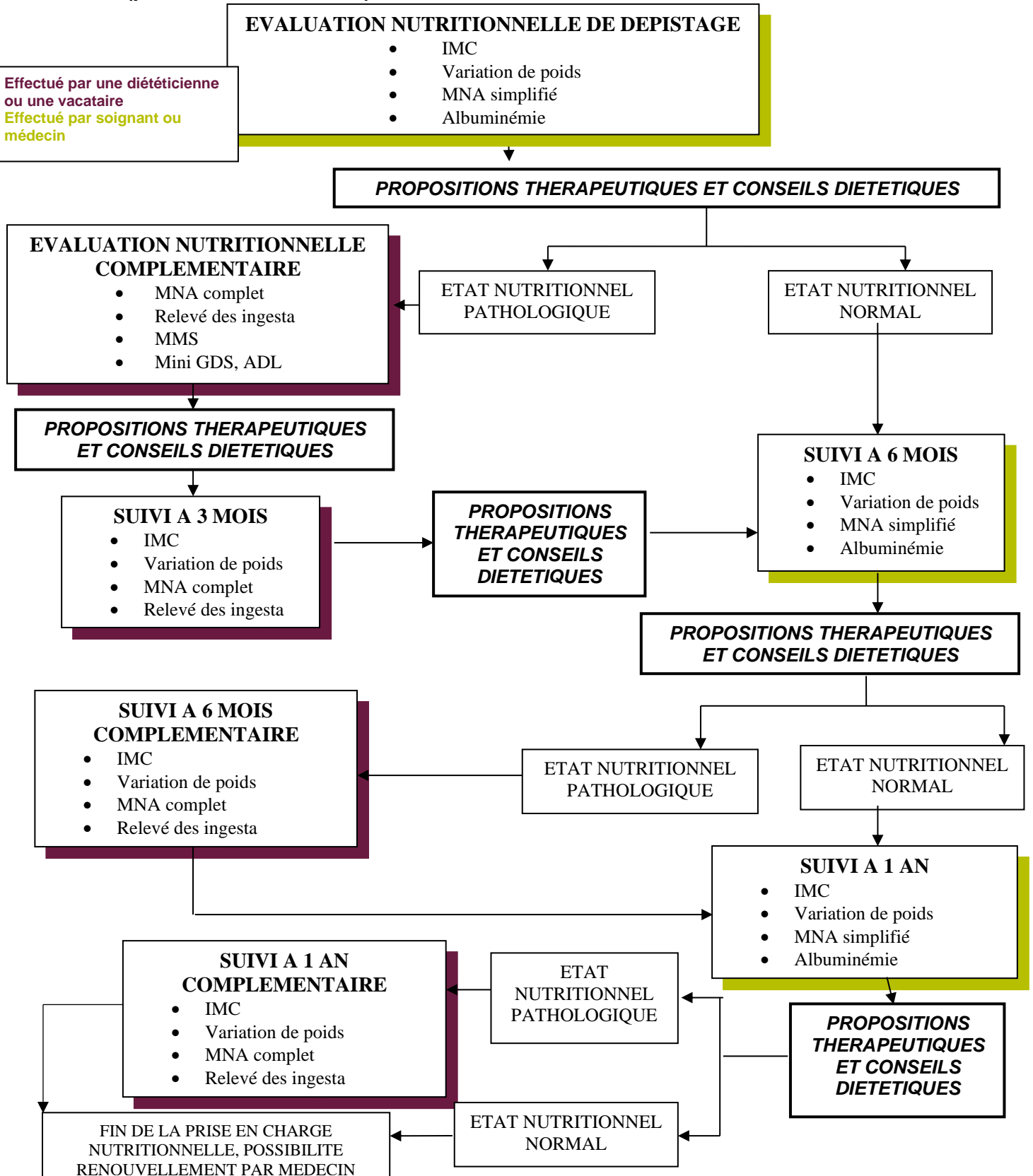
Quel que soit le statut nutritionnel du résident à l'évaluation précédente (3M ou 6M), une évaluation complémentaire à 6M et 1A est réalisée si un des critères suivants est rencontré :

- Difficultés à la mise en place des conseils
- Modifications cliniques ou thérapeutiques pouvant altérer l'état nutritionnel
- Apparition d'un risque de dénutrition ou d'une dénutrition au MNA alors qu'absent précédemment

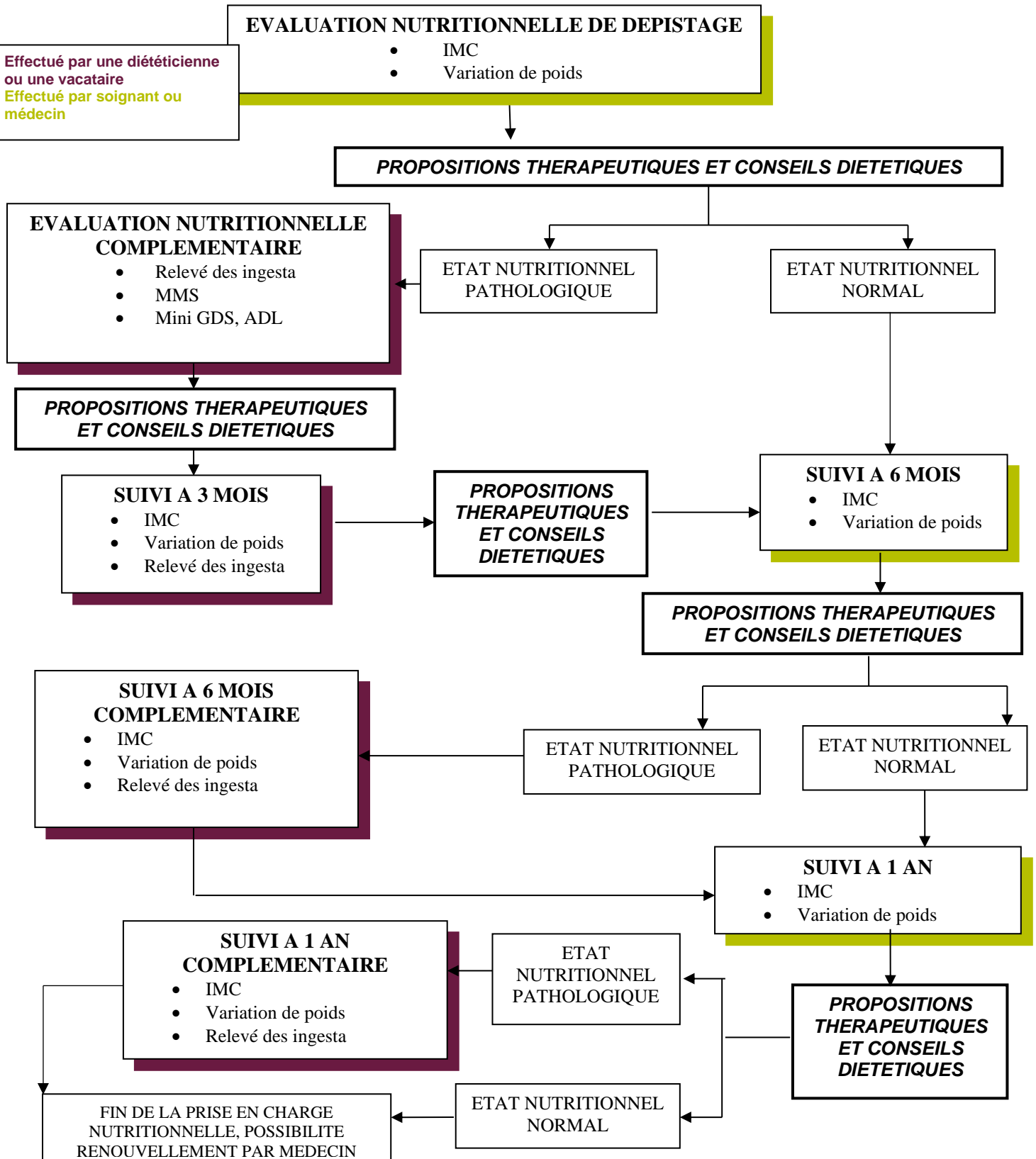
Pour les réinclusions et les suivis à 3 mois, la tolérance de réalisation de la visite est de plus ou moins 15 jours.

Pour les suivis à 6 mois et à 1 an, la tolérance de réalisation de la visite est de plus ou moins 1 mois.

- Protocole lorsqu'un établissement dispose d'un médecin coordonnateur ou lorsqu'il n'y a pas de médecin coordonnateur et que le médecin traitant réalise le dépistage et les suivis (pour résidents  $\geq 70$  ans)



- Protocole lorsqu'un établissement dispose d'un médecin coordonnateur ou lorsqu'il n'y a pas de médecin coordonnateur et que le médecin traitant réalise le dépistage et les suivis (pour résidents < 70 ans)



## NOTE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Les troubles nutritionnels sont un problème majeur de santé publique, en augmentation constante. Il s'agit principalement de perturbations liées à la surcharge pondérale et l'obésité ainsi que la dénutrition, qui entraînent, d'une part, un risque accru de maladies (cardiovasculaires, infections, perte d'autonomie, complications médicamenteuses...) et, d'autre part, des conséquences socio-économiques importantes dues aux carences de diagnostic et de traitement nutritionnels adaptés aux besoins des sujets âgés de 65 ans ou plus. LINUT a alors été créé pour fédérer les professionnels de santé et mettre en place une dynamique.

L'objectif de LINUT est d'engager des actions pour améliorer la prise en charge des personnes concernées (sujets âgés de 65 ans ou plus vivant en institution ou à domicile, ainsi que les patients atteints de sclérose latérale amyotrophique (SLA) sans limite d'âge en collaboration avec les établissements sanitaires et médico-sociaux de la région Limousin.

LINUT, financé par l'Agence Régionale, de Santé vous propose une prise en charge diététique gratuite en collaboration avec votre médecin traitant ou le médecin de votre établissement d'hébergement ainsi qu'une diététicienne.

Aussi, nous vous proposons un dépistage et une prise en charge diététique gratuite qui sera réalisée en collaboration avec votre médecin traitant ou le médecin coordonnateur de l'établissement d'hébergement. Après avoir donné votre accord écrit, le médecin nous transmettra les informations nécessaires. En cas de besoin, une évaluation nutritionnelle complémentaire sera effectuée par la diététicienne de Linut qui transmettra ses conclusions ainsi que les conseils diététiques à votre médecin qui sera chargé de leur mise en place. La diététicienne assurera ensuite le suivi et l'évolution de votre état de santé selon les mêmes modalités au bout de 3 mois, 6 mois et un an. Ce suivi peut être renouvelable.

Vos données de santé (cliniques et nutritionnelles) seront transmises à LINUT pour la mise en place de votre suivi nutritionnel et utilisées de manière anonyme à des fins de recherches cliniques. Elles seront conservées pendant la durée de votre prise en charge. Vous avez la possibilité d'en demander la consultation, la rectification ou la suppression par écrit à [contact@linut.fr](mailto:contact@linut.fr) Elles resteront confidentielles et seront consultables par les personnes qui collaborent à LINUT.

Vous pouvez retirer votre consentement de participation à tout moment sans avoir à vous justifier.

Votre consentement ne décharge pas les organisateurs de leurs responsabilités. Vous conservez tous vos droits garantis par la loi.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter Carole VILLEMONTAIX, Responsable Structure de Santé.

Professeur Jean Claude DESPORT  
Président



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT  
DE PARTICIPATION A LINUT**

Nom, Prénom : .....

Né (e) le : .....

Domicilié (e) à .....

.....

Autorise mon inclusion dans le suivi proposé par **LINUT**

Mme  Mr  Dr (Nom, Prénom) .....

m'a présenté la possibilité de bénéficier du suivi nutritionnel proposé par LINUT.

Il m'a remis et commenté la fiche d'information de LINUT.

J'ACCEPTÉ DE PARTICIPER DANS LES CONDITIONS PRECISEES DANS LA NOTE D'INFORMATION QUE L'ON M'A REMISE ET COMMENTÉE.

Mon consentement ne décharge pas les employés de LINUT de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Si je le désire, je serai libre à tout moment d'arrêter ma participation. J'en informerai alors  Mme

Mr  Dr (Nom) .....

Vos données de santé (cliniques et nutritionnelles) seront transmises à LINUT pour la mise en place de votre suivi nutritionnel et utilisées de manière anonyme à des fins de recherches cliniques.

Elles seront conservées pendant la durée de votre prise en charge. Vous avez la possibilité d'en demander la rectification, la suppression ou la consultation par écrit au [rgpd.linut@orange.fr](mailto:rgpd.linut@orange.fr).

Elles resteront confidentielles et seront consultables par les personnes habilitées qui collaborent à LINUT.

Fait à : ..... Le : .....

Signature (Personne ayant donné l'information)

Médecin coordonnateur

Médecin spécialiste

Médecin traitant

Signature du bénéficiaire

ou de l'ayant droit

(Nom, prénom Lien de parenté)

« Lu et approuvé »

Ce formulaire est signé en deux exemplaires dont l'un m'est remis.

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT  
DE PARTICIPATION A LINUT**

Nom, Prénom : .....

Né (e) le : .....

Domicilié (e) à .....

.....

Autorise mon inclusion dans le suivi proposé par **LINUT**

Mme  Mr  Dr (Nom, Prénom) .....

m'a présenté la possibilité de bénéficier du suivi nutritionnel proposé par LINUT.

Il m'a remis et commenté la fiche d'information de LINUT.

J'ACCEPTÉ DE PARTICIPER DANS LES CONDITIONS PRÉCISÉES DANS LA NOTE D'INFORMATION QUE L'ON M'A REMISE ET COMMENTÉE.

Mon consentement ne décharge pas les employés de LINUT de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Si je le désire, je serai libre à tout moment d'arrêter ma participation. J'en informerai alors  Mme

Mr  Dr (Nom) .....

Vos données de santé (cliniques et nutritionnelles) seront transmises à LINUT pour la mise en place de votre suivi nutritionnel et utilisées de manière anonyme à des fins de recherches cliniques.

Elles seront conservées pendant la durée de votre prise en charge. Vous avez la possibilité d'en demander la rectification, la suppression ou la consultation par écrit au [rgpd.linut@orange.fr](mailto:rgpd.linut@orange.fr).

Elles resteront confidentielles et seront consultables par les personnes habilitées qui collaborent à LINUT.

Fait à : ..... Le : .....

Signature (Personne ayant donné l'information)

Médecin coordonnateur

Médecin spécialiste

Médecin traitant

Signature du bénéficiaire

ou de l'ayant droit

(Nom, prénom Lien de parenté)

« Lu et approuvé »

Ce formulaire est signé en deux exemplaires dont l'un m'est remis.

## FICHE D'ÉVALUATION NUTRITIONNELLE DE DEPISTAGE EHPAD (MEDECIN)

(À retourner par messagerie sécurisée à [linut@limousin.mssante.fr](mailto:linut@limousin.mssante.fr)  
Ou par voie postale à Linut - Résidence l'Art du Temps 16 rue du Cluzeau 87170 Isle)

### IDENTIFICATION DU PATIENT :

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
**Date de naissance :** \_\_\_\_\_  masculin  féminin  
**Etablissement :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_  
**Code postal :** \_\_\_\_\_  
**Consentement :**  oui  non (+ retourner un Formulaire de consentement dûment complété à LINUT)

### IDENTIFICATION DE L'ÉVALUATEUR :

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
**Fonction**  médecin traitant  médecin coordonnateur

### EVALUATION NUTRITIONNELLE :

<b><u>Alimentation thérapeutique</u></b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Type :
<b>Adaptation de texture</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Type :
<b>Compléments alimentaires-enrichissement</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Type :..... et fréquence .....
<b>Aide à l'alimentation</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**Traitement ou photocopie de l'ordonnance**

#### Antécédents

#### Clinique (si « mauvais » ou « oui » pourquoi ?)

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| ▪ Etat bucco-dentaire           | <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> mauvais..... |
| ▪ Etat d'hydratation            | <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> mauvais..... |
| ▪ Etat cutané                   | <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> mauvais..... |
| ▪ Epanchement pleural ou ascite | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non.....     |
| ▪ Œdèmes des membres inférieurs | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non.....     |
| ▪ Troubles de la déglutition    | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non.....     |
| ▪ Constipation                  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non.....     |
| ▪ Difficulté à la marche        | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non.....     |
| ▪ Déficit membre supérieur      | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non.....     |
| ▪ Tremblements                  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non.....     |
| ▪ Etat cognitif                 | <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> mauvais..... |
| ▪ Problèmes psychologiques      | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non.....     |
| ▪ Altération de l'état général  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non.....     |

#### Etat nutritionnel :

**Poids « actuel » = Pa** .....Kg  
**Poids « antérieur » = Pu** .....Kg à 6 mois  
*(si possible joindre la courbe de poids)* .....Kg à 1 mois  
**Taille = T** en m ..... **ou distance talon genou** en cm .....  
**IMC = Indice de Masse Corporelle** .....  
**Albuminémie :** ..... g/L (uniquement si résident ≥ 70 ans)  
**MNA simplifié :** / 14 (cf page 2) (uniquement si résident ≥ 70 ans)

Fait à :

Le :

Cachet + Signature :



## MNA (Mini Nutritional Assessment) simplifié

Répondez au questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question

### Dépistage :

#### A - Présente-t-il une perte d'appétit ?

A-t-il mangé moins ces derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?

0 = anorexie sévère

1 = anorexie modérée

2 = pas d'anorexie

#### B - Perte récente de poids (< 3 mois)

0 = perte de poids > 3 kg

1 = ne sait pas

2 = perte de poids entre 1 et 3 kg

3 = pas de perte de poids

#### C – Motricité

0 = du lit au fauteuil

1 = autonome à l'intérieur

2 = sort du domicile

#### D – Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ?

0 = oui

2 = non

#### E – Problèmes neuropsychologiques

0 = démence ou dépression sévère

1 = démence ou dépression modérée

2 = pas de problème psychologique

#### F- Indice de masse corporelle (IMC = poids/(taille)<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>)

0 = IMC ≤ 19

1 = 19 ≤ IMC < 21

2 = 21 ≤ IMC < 23

3 = IMC ≥ 23

### Score de dépistage (total maximum 14 points)

≥ 12 points : normal

≤ 11 points : risque de malnutrition, poursuite de l'évaluation par la diététicienne du réseau.

## CALCUL DE L'INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)

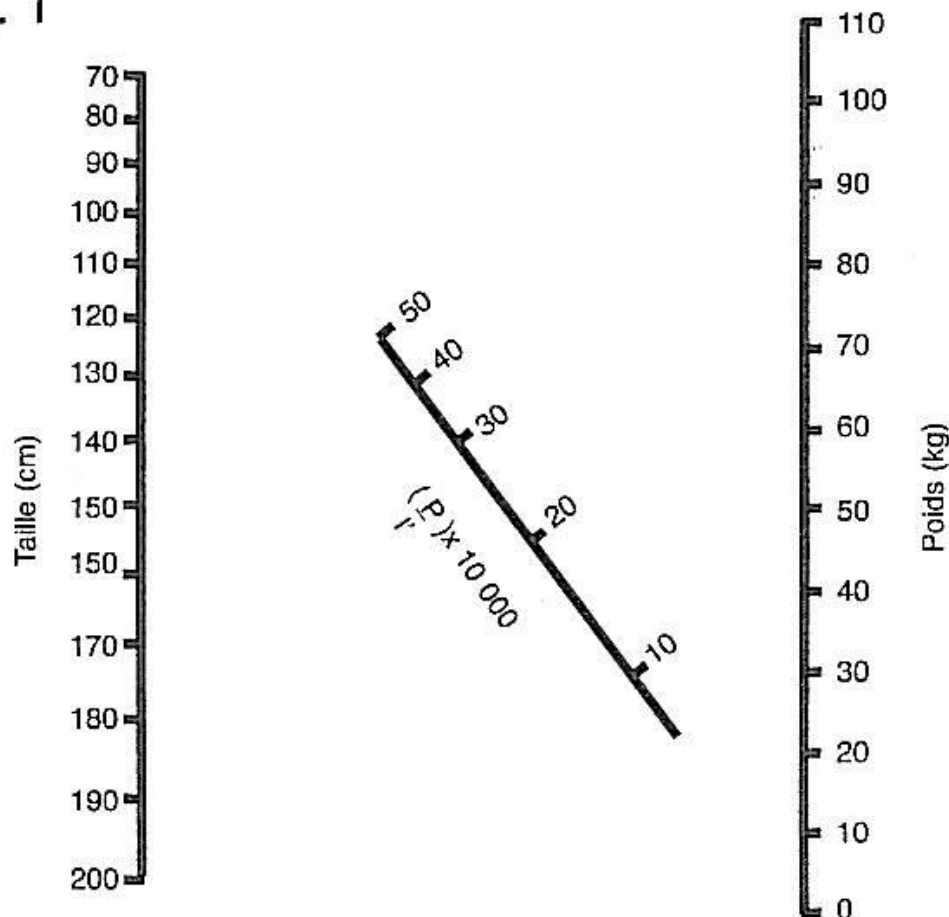
$$\text{IMC} = \text{Poids (kg)} / \text{Taille (m)}^2$$

Normes chez la personne de plus de 65 ans :  $21 \leq \text{IMC} \leq 27$

### OUTIL POUR DETERMINER L'IMC

A l'aide d'une règle joindre la taille et le poids du patient pour obtenir l'IMC sur l'échelle centrale

Fig. 1



Pour déterminer la taille chez les sujets grabataires ou si l'orthostatisme est impossible cf fiche conseils « Comment déterminer la taille chez les personnes de plus de 60 ans à partir de la distance talon-genou » AQ.LINUT.INF.DIET.10

ou utiliser l'outil informatique accessible sur le site de LINUT à l'adresse suivante

<http://www.linut.fr/outils/comment-determiner-la-taille-chez-les-personnes-de-60-ans-et-plus-partir-de-la-distance-talon>

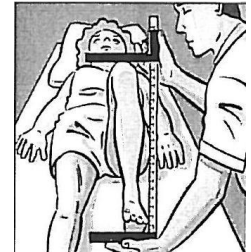
## COMMENT DETERMINER LA TAILLE CHEZ LES PERSONNES DE 60 ANS ET PLUS A PARTIR DE LA DISTANCE TALON-GENOU ?

Le patient doit être couché sur le dos ou assis, le genou levé et formant un angle de 90° entre la jambe et la cuisse.

Le pied fait également un angle de 90° avec la jambe.

La partie gauche du calibre est placée sous le talon, la partie mobile au dessus des condyles fémoraux.

L'axe du calibre doit être parallèle à l'axe du tibia et une légère pression est effectuée afin de comprimer les tissus.



Age	Hommes									Femmes								
	60	65	70	75	80	85	90	95	100	60	65	70	75	80	85	90	95	100
41	145	144	144	144	144	144	143	143	143	146	144	144	142	141	140	138	137	136
42	147	146	146	146	146	146	145	145	145	147	146	146	144	143	141	140	139	138
43	149	148	148	148	148	148	147	147	147	149	148	148	146	144	143	142	141	140
44	151	150	150	150	150	150	149	149	149	151	150	150	147	146	145	144	143	141
45	153	152	152	152	152	152	151	151	151	153	152	152	149	148	147	146	144	143
46	155	155	154	154	154	154	154	153	153	155	153	153	151	150	149	147	146	145
47	157	157	156	156	156	156	156	155	155	156	155	155	153	152	150	149	148	147
48	159	159	158	158	158	158	158	157	157	158	157	157	155	154	152	151	150	149
49	161	161	160	160	160	160	160	159	159	160	159	159	157	155	154	153	152	150
50	163	163	162	162	162	162	162	161	161	162	161	161	158	157	156	155	154	152
51	165	165	164	164	164	164	164	163	163	164	163	163	160	159	158	157	155	154
52	167	167	166	166	166	166	166	165	165	166	164	164	162	161	160	158	157	156
53	169	169	168	168	168	168	168	167	167	167	166	166	164	163	161	160	159	158
54	171	171	170	170	170	170	170	169	169	169	168	168	166	165	163	162	161	160
55	173	173	172	172	172	172	172	171	171	171	170	170	168	166	165	164	163	162
56	175	175	175	174	174	174	174	174	173	173	172	172	169	168	167	166	165	163
57	177	177	177	176	176	176	176	176	175	175	174	174	171	170	169	168	167	165
58	179	179	179	178	178	178	178	178	177	177	175	175	173	172	171	169	168	167
59	181	181	181	180	180	180	180	180	179	178	177	177	175	174	172	171	170	169
60	183	183	183	182	182	182	182	182	181	180	179	179	177	175	174	173	172	171
61	185	185	185	184	184	184	184	184	183	182	181	181	179	177	176	175	174	173
62	187	187	187	186	186	186	186	186	185	184	183	183	180	179	178	177	176	174
63	189	189	189	188	188	188	188	188	187	186	185	184	182	181	180	179	177	176
64	191	191	191	190	190	190	190	190	189	188	186	186	184	183	181	180	180	178
65	193	193	193	192	192	192	192	192	192	189	188	188	186	185	183	182	181	180

Vous pouvez également utiliser un outil informatique qui est accessible sur le site de LINUT à l'adresse suivante <http://www.linut.fr/outils/comment-determiner-la-taille-chez-les-personnes-de-60-ans-et-plus-partir-de-la-distance-talon>