

**⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION**

DOSSIER MÉDICAL D'ORIENTATION POUR DENUTRITION POST COVID

Dans le cadre d'une réadaptation post COVID, l'objectif est que les différents soignants veillent aux différents signes d'alerte dénutrition et alertent le patient, son médecin traitant pour orientation, avec l'aide, si besoin, des réseaux de santé régionaux Récup'Air et ROMDES, et forment ainsi un cercle vertueux d'acteurs de soins.

Le réseau régional ROMDES a créé un dispositif d'aide à l'orientation des patients dénutris post covid. Vous trouverez dans cette fiche de liaison des modèles d'ordonnances pour faciliter l'orientation vers une prise en charge pluridisciplinaire :

- Dossier médical d'orientation pour dénutrition post covid
- Bilan biologique initial
- Prescription de compléments nutritionnels oraux (CNO)
- Prescription de séances diététiques pour dénutrition post covid-19 + fiche de liaison diététique
- Prescription de séances de kinésithérapie pour dénutrition post covid+ fiche de liaison kiné
- Prescription médicale d'Activité Physique Adaptée (APA)+ fiche de liaison APA

et

- Certificat médical de non contre-indication à l'Activité Physique Adaptée
- Demande de prise en charge en orthophonie + fiche de liaison orthophonie
- Demande d'évaluation par un chirurgien-dentiste des troubles de l'appareil mandicateur et état bucco-dentaire + fiche de liaison chirurgien-dentiste
- Courrier au psychologue+ fiche de liaison psychologue
- Demande d'accompagnement social + fiche de liaison sociale

A chaque étape de la prise en charge, le professionnel de santé pourra alerter le réseau ROMDES devant les signes d'alerte suivants :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aggravation de la perte de poids | <input type="checkbox"/> Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Détresse psychique |
| <input type="checkbox"/> Grande fatigabilité | <input type="checkbox"/> Perte d'équilibre | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la déglutition non pris en charge | <input type="checkbox"/> Troubles de l'état bucco-dentaire non pris en charge | |

Pour toutes questions, appui à l'orientation et prise en charge pluridisciplinaire, demande d'interventions diététicien(ne) et psychologue, notamment situations complexe/précarité :
contacter les réseaux de santé régionaux

ROMDES : obésité :
07.61.98.18.87 / coordination@romdes.net

Récup 'Air : insuffisance respiratoire chronique :

07 49 12 06 66 /
coordination@recupair.org

Si dénutrition sévère et aggravation : Alerte médecin coordinateur dénutrition COVID : medecin.coordinateur@romdes.net
Réévaluation du statut nutritionnel +/- orienter vers l'hospitalisation

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

DOSSIER MÉDICAL D'ORIENTATION POUR DÉNUTRITION POST COVID

A joindre aux demandes de prise en charge médicales à medecin.coordonateur@romdes.net

<p>PATIENT</p> <p>Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge : Adresse/lieu de résidence : Code Postal : Tel : Mail :</p>	<p>MÉDECIN</p> <p>Nom/prénom : Spécialité : Structure : Adresse d'exercice : Code postal : Tel : Mail :</p>
---	--

J0 du COVID : Dernière PCR (date et résultats) / sérologie :

Le patient a-t-il été hospitalisé ? OUI NON

Hôpital/Service :
Médecin référent en hospitalisation :
Date de sortie :
Oxygène-dépendant ? NON OUI : Débit O2 en L/min :
Principales pathologies :

Allergies :

Traitements habituels (joindre une ordonnance si polymédication):

Statut nutritionnel : DÉNUTRITION MODÉRÉE/ SÉVÈRE ?

Poids habituel :
Poids actuel : → % de Kg perdus :
Évaluation des ingesta : < 50% entre 50 et 75% par rapport à d'habitude ?

Troubles de déglutition OUI NON SUSPECTES
Sarcopénie/perte de fonction musculaire ? OUI NON

Entourage fragile/COVID+ ? OUI NON
Isolement ? OUI NON
Situation sociale complexe ? difficultés financières ? OUI NON
Prises en charge préalable de la dénutrition ? OUI NON

Diététicien (contact) :
Kiné/APA (contact) :
CNO : type, nombre :
Principales difficultés/commentaire libre :

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

PRESCRIPTION SÉANCES AVEC UN DIÉTÉTICIEN POUR DÉNUTRITION POST COVID

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	MÉDECIN Nom/prénom : Spécialité : Structure : Adresse d'exercice : Code postal : Tel : Mail :
---	---

Date :

A J0, puis répéter à J10, J20, J30...

Pour dénutrition modérée/sévère post COVID-19

Présence de troubles de déglutition ? OUI NON

Possibilité de téléconsultation ? OUI NON

Merci de renseigner la fiche de liaison diététique à l'issue des séances (à adresser au prescripteur par mail si possible)

Signature et cachet du médecin

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

FIGHE DE LIAISON DIETETIQUE

A renseigner à l'issue de la séance par le diététicien à destination du patient, son entourage et ses soignants

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	Diététicien : Nom/prénom : Adresse : Tel : Mail :
---	--

J0/ J10/J20/J30/ et plus tard : Indiquez la date JJ/MM/AA et le mode de consultation/téléconsultation :

Date	JX
Statut nutritionnel :	Poids actuel/poids avant la maladie Dénutrition modérée/sévère
Difficultés rencontrées	Troubles de déglutition ? Anosmie ?
Actions mises en place Préconisation de CNO à prescrire par le médecin ?	
Points d'alertes Troubles de déglutition nécessitant un orthophoniste ? Mobilité ? Souffrance psychologique ? Dénutrition sévère ? Alerte médecin ?	
Indices de récupération :	
Remarques patients/entourage	

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

PRESCRIPTION DE COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS ORAUX (CNO)

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	MÉDECIN Nom/prénom : Spécialité : Structure : Adresse d'exercice : Code postal : Tel : Mail :
---	---

Nom CNO :

Type (boisson, crème ou poudre de protéine) :

3 fois par jour

Non substituable/substituable

Conseils :

- A prendre frais, à distance des repas
- A boire avec une paille si boisson
- Bien se rincer la bouche après la prise

QSP 1 MOIS A RENOUVELER

Signature et cachet du médecin

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

PRESCRIPTION DE SÉANCES DE KINÉSITHÉRAPIE POUR DÉNUTRITION POST COVID

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	MÉDECIN Nom/prénom : Spécialité : Structure : Adresse d'exercice : Code postal : Tel : Mail :
---	---

Date :

Renseigner impérativement : Date d'apparition des 1^{ers} symptômes COVID :
ou jour de la sortie CH/SSR :

Renforcement musculaire des 4 membres

Kinésithérapie respiratoire : Initialement sous : Air ambiant Oxygène : débit : Repos : L/min
Effort : L/min

A domicile au cabinet

Nombre de séances et fréquence à l'appréciation du kinésithérapeute et en accord avec le patient.

Merci de renseigner la fiche de liaison kinésithérapeute à l'issue des séances (à adresser au prescripteur par mail si possible)

Signature et cachet du médecin

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

FICHE DE LIAISON KINÉSITHÉRAPEUTE

A renseigner à l'issue de la séance par le kinésithérapeute à destination du patient, son entourage et ses soignants

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	Kinésithérapeute : Nom/prénom : Adresse : Tel : Mail :
---	---

J0/ J10/J20/J30/ et plus tard : Indiquez la date JJ/MM/AA et le mode de consultation/téléconsultation :

Date	JX
Statut nutritionnel :	Poids actuel/poids avant la maladie Dénutrition modérée/sévère
Capacités motrices Difficultés rencontrées	
Actions mises en place	
Points d'alertes Amaigrissement ? Dyspnée ? Souffrance psychologique ? Dénutrition sévère ? Alerte médecin ? Nécessité diététicien ?	
Indices de récupération :	
Remarques patients/entourage	

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

PRESCRIPTION MÉDICALE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Patient	MÉDECIN
Nom :	Nom/prénom :
Prénom :	Spécialité :
Date de Naissance/ âge :	Structure :
	Adresse d'exercice :
	Code postal :
	Tel :
	Mail :

Date :
 Prescription¹ d'un bilan de la condition physique et d'une Activité Physique Adaptée pour dénutrition post COVID.

Précisez les limitations éventuelles à l'APA.

Merci de renseigner la fiche de liaison APA à l'issue des séances (à adresser au prescripteur par mail si possible)

Signature et cachet du médecin

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION A L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Doit être rempli par un médecin ayant examiné le patient en présentiel

Je soussigné Dr

Certifie avoir examiné ce jour le patient Mr/Mme NOM/Prénom
né le JJ/MM/AAAA

Et qu'il ne présente pas de contre-indication médicale cliniquement décelable à une activité physique adaptée à ses capacités.

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit,

Signature et cachet du médecin

¹ La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

FICHE DE LIAISON ENSEIGNANT EN ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)

A renseigner à l'issue de la séance par l'enseignant en APA à destination du patient, son entourage et ses soignants

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	Enseignant en activité physique adaptée: Nom/prénom : Adresse : Tel : Mail :
---	---

J0/ J10/J20/J30/ et plus tard : Indiquez la date JJ/MM/AA et le mode de consultation/téléconsultation :

Date	JX
Statut nutritionnel :	Poids actuel/poids avant la maladie Dénutrition modérée/sévère
Capacités motrices Difficultés rencontrées	
Actions mises en place	
Points d'alertes Amaigrissement ? Dyspnée ? Souffrance psychologique ? Dénutrition sévère ? Alerte médecin ? Nécessité diététicien ?	
Indices de récupération :	
Remarques patients/entourage	

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

BILAN BIOLOGIQUE INITIAL

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	MÉDECIN Nom/prénom : Spécialité : Structure : Adresse d'exercice : Code postal : Tel : Mail :
---	---

+/- à faire au domicile par IDE

NFS, Plaquettes

Ionogramme sanguin, créatinine plasmatique

Albumine, pré-albumine

CRP

ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubinémie totale

Autres paramètres à l'appréciation du médecin et selon contexte clinique :

Signature et cachet du médecin

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN ORTHOPHONIE POUR EVALUATION DES TROUBLES DE LA DEGLUTITION ET REEDUCATION SI NECESSAIRE

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	MÉDECIN Nom/prénom : Spécialité : Structure : Adresse d'exercice : Code postal : Tel : Mail :
---	---

DATE :

Merci de renseigner la fiche de liaison orthophonie à l'issue des séances (à adresser au prescripteur par mail si possible)

Signature et cachet du médecin

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

FICHE DE LIAISON ORTHOPHONIE

A renseigner à l'issue de la séance par l'orthophoniste à destination du patient, son entourage et ses soignants

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	Orthophoniste : Nom/prénom : Adresse : Tel : Mail :
---	--

J0/ J10/J20/J30/ et plus tard : Indiquez la date JJ/MM/AA et le mode de consultation/téléconsultation :

Date	JX
Statut nutritionnel :	Poids actuel/poids avant la maladie Dénutrition modérée/sévère
Synthèse de la consultation et difficultés rencontrées	
Actions mises en place Préconisations	
Points d'alertes Troubles de déglutition nécessitant une aide totale aux repas ou un aménagement particulier, une surveillance en hospitalisation ? Mobilité ? Souffrance psychologique ? Dénutrition sévère ? Alerte médecin ?	
Evolution	
Remarques patients/entourage	

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

DEMANDE D'ÉVALUATION PAR UN CHIRURGIEN DENTISTE DES TROUBLES DE L'APPAREIL MANDICATEUR (MASTICATION, VENTILATION, DÉGLUTITION, PHONATION) ET ÉTAT BUCCO-DENTAIRE (DOULEUR/ LÉSION, SALIVATION/ SÉCHERESSE BUCCALE, PERTE DE GOUT, PROTHÈSES DENTAIRES)

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	MÉDECIN Nom/prénom : Spécialité : Structure : Adresse d'exercice : Code postal : Tel : Mail :
---	---

DATE :

Merci de renseigner la fiche de liaison chirurgien-dentiste à l'issue des séances (à adresser au prescripteur par mail si possible)

Signature et cachet du médecin

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

FICHE DE LIAISON CHIRURGIEN DENTISTE

A renseigner à l'issue de la séance par l'orthophoniste à destination du patient, son entourage et ses soignants

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	Chirurgien dentiste : Nom/prénom : Adresse : Tel : Mail :
---	--

Date	
Statut nutritionnel :	Poids actuel/poids avant la maladie Dénutrition modérée/sévère
Synthèse de la consultation et difficultés rencontrées	
Actions mises en place Préconisations	
Points d'alertes Troubles de déglutition nécessitant une aide totale aux repas ou un aménagement particulier, une surveillance en hospitalisation ? Mobilité ? Souffrance psychologique ? Dénutrition sévère ? Alerte médecin ?	
Evolution	
Remarques patients/entourage	

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

COURRIER AU PSYCHOLOGUE

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	MÉDECIN Nom/prénom : Spécialité : Structure : Adresse d'exercice : Code postal : Tel : Mail :
---	---

Chère consœur/cher confrère,

Je vous adresse en consultation de psychologie Mr/Madame NOM/prénom
né le JJ/MM/AAAA

Dans un contexte de dénutrition post-covid

Nous avons évoqué avec le patient des éléments évoquant une souffrance psychologique/ syndrome
dépressif réactionnel/ état de stress post traumatique.

En vous remerciant de votre aide,

Merci de renseigner la fiche de liaison psychologue à l'issue des séances (à adresser au prescripteur par mail
si possible)

Bien cordialement,

Signature et cachet du médecin

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

FICHE DE LIAISON PSYCHOLOGUE

A renseigner à l'issue de la séance par le/la psychologue à destination du patient, son entourage et ses soignants

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	Psychologue : Nom/prénom : Adresse : Tel : Mail :
---	--

Indiquez la date JJ/MM/AA et le mode de consultation/téléconsultation :

Date	
Synthèse consultation psychologue	
Principales difficultés	
Actions/suivi mis en place	
Points d'alertes : Nécessité avis psychiatre (<i>idées noires, risque de passage à l'acte, nécessité traitement adapté</i>) ? Fatigue, essoufflement, amaigrissement ? Nécessité avis médecin traitant ou coordination dénutrition pour prise en charge renforcée médicale/diététique/kiné ?	
Remarques patients/entourage	

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL POUR PROBLEMATIQUE D'ACCÈS À L'ALIMENTATION

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	MÉDECIN Nom/prénom : Spécialité : Structure : Adresse d'exercice : Code postal : Tel : Mail :
---	---

Coordonnées du service social de proximité

Merci de renseigner la fiche de liaison sociale à l'issue des séances (à adresser au prescripteur par mail si possible)

Signature et cachet du médecin

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

FICHE DE LIAISON SOCIALE

A renseigner par l'assistant(e) social(e)/service social à destination du patient, son entourage et ses soignants

Patient Nom : Prénom : Date de Naissance/ âge :	Service social/Assistant(e) social(e): Nom/prénom : Adresse : Tel : Mail :
---	---

Date	
Synthèse sociale, principales difficultés rencontrées	
Actions/suivi mis en place Dossier à remplir par médecin traitant (demande APA par ex) ?	
Points d'alertes : Nécessité avis psychologue ? Nécessité avis médecin (fatigue, essoufflement, amaigrissement, difficultés à avaler, nécessité de soins dentaires ?)	
Remarques patients/entourage	