



RÉQUA

Indicateurs de pratique clinique

Dépistage et prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée de plus de 70 ans

Atelier de retour d'expériences

4 décembre 2014

A. GRILLOT – V. DAUCOURT



RÉQUA

Établissements présents

- CRF de Bretegnier, Héricourt
- Centre de soins J. Weinman, Avanne
- Clinique Saint Vincent, Besançon
- CHI de Haute Comté, Pontarlier
- CMBA, Beaujeu
- Centre Hospitalier de Champagnole
- Centre Hospitalier P. Vitter de Gray
- Hôpital Nord Franche-Comté, Belfort-Montbéliard
- Centre Hospitalier de Salins les Bains



Rappel des objectifs

- Disposer d'une batterie d'indicateurs simples et en nombre restreint permettant de suivre de façon pérenne la qualité du dépistage, de la prévention et de la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée de plus de 70 ans
- Au-delà de ces objectifs, l'intérêt est de pouvoir bénéficier d'une comparaison régionale et d'un benchmarking



15 établissements participant au recueil en 2014

- Hôpital Nord Franche-Comté, Belfort-Montbéliard
- CHI de Haute Comté, Pontarlier
- Centre de soins des Tilleroyes, Besançon
- Centre de soins J. Weinman, Avanne
- CMBA, Beaujeu
- Centre de long séjour de Bellevaux, Besançon
- Clinique Saint Vincent (Orangerie), Besançon
- CRF de Bretegnier, Héricourt
- Centre Hospitalier de Champagnole
- Centre Hospitalier d'Arbois
- CH Louis Pasteur, Dole
- Centre Hospitalier de Salins les Bains
- Centre Hospitalier Spécialisé du Jura, Dole
- Centre Hospitalier P. Vitter de Gray
- Centre Hospitalier de Morez



Rappels concernant la méthode

- Approche par indicateur
 - Plusieurs indicateurs soumis à proposition aux membres du groupe. Critères de choix :
 - Pertinence : réponse aux attentes des professionnels par l'amélioration des pratiques
 - Faisabilité : simplicité de la mesure, du recueil
 - Fiabilité : fiabilité des données sources, modalités de mesure reproductibles
 - Validité : reflet des bonnes pratiques
 - 7 indicateurs de suivi régionaux retenus



Références/Recommandations

- HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques. 2008
- HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations. 2007
- ANAES. Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés. Sept 2003
- HAS. Ensemble, améliorons la qualité en santé. Indicateurs de pratique clinique. Nov 2009
- RéQua. Dépistage et prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée. Référentiel EPP. 2009
- HAS. La consultation diététique réalisée par un diététicien. Recommandations. 2006
- HAS, COMPAQ-HPST. IPAQSS. Dépistage des troubles nutritionnels. 2008



Rappels concernant la méthode

- Recueil de données :
 - Analyse rétrospective avec fiche de recueil spécifique
 - A partir du kit d'indicateurs V2 de septembre 2013
 - Exhaustif sur la période ou TAS : environ 80 dossiers
- Traitement des données :
 - Analyse statistique réalisée par le RéQua
 - Envoi des résultats globaux et/ou par activité avec indice d'évolution de l'indicateur et positionnement par rapport à la Région
 - Modèle de restitution régional : outil de communication



Résultats régionaux

- 15 ES ont réalisé le recueil.
- Exhaustivité du recueil :
 - 11 ES sur 15 ont recueillis la totalité des indicateurs.
- 1200 dossiers audités au global
 - En moyenne, 80 dossiers par établissement (de 47 à 160)



Résultats régionaux

- Indicateurs recueillis

Dépistage	Prévention	Prise en charge
Mesure du poids ET calcul de l'IMC à l'admission [%] : 15 ES/15	Mesure régulière du poids au cours du séjour pour les patients non dénutris [%] : 14 ES/15	Prescription médicale d'une consultation diététique pour les patients dénutris [%] : 13 ES/15
Dosage de l'albuminémie et CRP à l'admission [%] : 15 ES/15		Consultation diététique pour les patients dénutris [%] : 15 ES/15
Diagnostic nutritionnel posé par un médecin dans les 7 jours suivant l'admission [%] : 15 ES/15		Mesure hebdomadaire du suivi du poids pour les patients dénutris [%] : 13 ES/15

Résultats : tableau de bord comparatif

- Recueil de données 1^{er} trimestre 2014, données 2013

	MCO	SSR	EHPAD/ SLD	Région		
				Moy	Min ES	Max ES
<i>Nombre de patients/résidents</i>	303	407	490			
Mesure du poids ET IMC à l'admission [%]	60	92	80	80	57	100
Dosage albuminémie associée à une CRP à l'admission [%]	59	85	55	63	11	94
Diagnostic nutritionnel posé par un médecin dans les 7 jours suivant l'admission [%]	17	63	30	38	5	90
Prescription médicale d'une consultation diététique pour les patients dénutris [%]	14	88	45	59	0	100
Consultation diététique pour les patients dénutris [%]	42	88	91	72	0	100
Mesure hebdomadaire du suivi du poids pour les patients dénutris [%]	69	88	34	59	0	100
Mesure régulière du poids au cours du séjour pour les patients non dénutris [%]	70	88	99	85	39	100



Résultats : tableau de bord comparatif

- Recueil de données 2013, secteur d'activité MCO

Indicateurs	ES1	ES2	ES3	MCO <i>médiane</i>
Mesure du poids ET IMC à l'admission [%]	57	60	97	60
Dosage albuminémie associée à une CRP à l'admission [%]	46	59	73	59
Diagnostic nutritionnel posé par un médecin dans les 7 jours suivant l'admission [%]	14	17	39	17
Prescription médicale d'une consultation diététique pour les patients dénutris [%]	3	14	59	14
Consultation diététique pour les patients dénutris [%]	10	42	63	42
Mesure hebdomadaire du suivi du poids pour les patients dénutris [%]	45	69	97	69
Mesure régulière du poids au cours du séjour pour les patients non dénutris [%]	39	70	100	70

Résultats : tableau de bord comparatif

- Recueil de données 2013, secteur d'activité SSR

Indicateurs	ES1	ES2	ES3	ES4	ES5	ES6	SSR <i>médiane</i>
Mesure du poids ET IMC à l'admission [%]	91	94	96	69	96	89	92
Dosage albuminémie associée à une CRP à l'admission [%]	87	94	91	79	84	83	85
Diagnostic nutritionnel posé par un médecin dans les 7 jours suivant l'admission [%]	6	79	90	54	26	73	63
Prescription médicale d'une consultation diététique pour les patients dénutris [%]	0	94	ND	ND	85	91	88
Consultation diététique pour les patients dénutris [%]	0	94	100	66	82	100	88
Mesure hebdomadaire du suivi du poids pour les patients dénutris [%]	ND	100	83	91	64	88	88
Mesure régulière du poids au cours du séjour pour les patients non dénutris [%]	ND	100	88	82	75	100	88

Résultats : tableau de bord comparatif

- Recueil de données 2013, secteur d'activité EHPAD/SLD

Indicateurs	ES1	ES2	ES3	ES4	ES5	ES6	EHPAD/ USLD <i>médiane</i>
Mesure du poids ET IMC à l'admission [%]	68	100	90	62	76	85	80
Dosage albuminémie associée à une CRP à l'admission [%]	54	56	64	57	51	11	55
Diagnostic nutritionnel posé par un médecin dans les 7 jours suivant l'admission [%]	8	5	71	35	25	79	30
Prescription médicale d'une consultation diététique pour les patients dénutris [%]	18	7	21	70	100	100	45
Consultation diététique pour les patients dénutris [%]	24	0	97	88	100	94	91
Mesure hebdomadaire du suivi du poids pour les patients dénutris [%]	59	7	34	ND	48	0	34
Mesure régulière du poids au cours du séjour pour les patients non dénutris [%]	96	100	94	100	98	100	99



Des indicateurs avec de bons résultats d'ensemble

- Mesure du poids et calcul de l'IMC à l'admission :
 - Moyenne régionale : 80%
 - De 60% à 92% selon l'activité
 - De 57% à 100% selon l'ES*
- Mesure régulière du poids au cours du séjour pour les patients non dénutris :
 - Moyenne régionale : 85%
 - De 70% à 99% selon l'activité
 - De 39% à 100% selon l'ES*



Des indicateurs avec des résultats très disparates

- Diagnostic nutritionnel posé par un médecin dans les 7 jrs suivant l'admission :
 - Moyenne régionale : 38%
 - MCO 17% - EHPAD/USLD 30% - SSR 63%
 - De 5% à 90% selon l'ES



Des indicateurs avec des résultats très disparates

- Prescription médicale d'une consultation diététique pour les patients dénutris [%]
 - Moyenne régionale : 59%
 - MCO 14% - EHPAD/USLD 45% - SSR 88%
 - De 0% à 100% selon l'ES
- Consultation diététique pour les patients dénutris [%]
 - Moyenne régionale : 72%
 - MCO 42% - SSR 88% - EHPAD/USLD 91%
 - De 0% à 100% selon l'ES




Les retours d'expérience

Mais comment font-ils ?



Organisation du retour d'expérience

- Trois établissements retenus et volontaires :
 - CMBA, Beaujeu (Dr Farret)
 - CHI de Haute-Comté (Dr Barrandon et Mme Magelli)
 - Centre Hospitalier de Champagnole (Mme Bolard, Mme Rousselot-Pailley)
- Présentations :
 - Objectifs : présentation de l'organisation en interne et identification des facteurs favorisant de bons résultats
 - Durée : 15mn
 - Echanges/discussions après chaque présentation



Amélioration du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition à l'EHPAD du Larmont

Centre Hospitalier Intercommunal de Haute Comté

Atelier de retour d'expérience

IPC Dénutrition

04/12/2014

Dr Barrandon, gériatre
Mme Magelli, diététicienne





Objectifs de l'étude

- Améliorer la traçabilité dans le dossier patient
- Rendre accessible l'ensemble des informations utiles à la prise en charge du patient (dossier diététique)
- Améliorer la prise en charge et le suivi des patients dénutris et non dénutris
- Harmoniser les pratiques au sein des 6 unités de l'EHPAD





Recueil de données IPC : organisation

- Pilotes du programme EPP : un médecin gériatre et le cadre supérieur de santé de l'EHPAD
- Audit réalisé en pluriprofessionnel :
 - Dr Barrandon, gériatre
 - Mme Magelli, diététicienne
 - Mme Sonney, CSS
- Unités concernés : les six de l'EHPAD dont une USLD
- Communication : professionnels informés du recueil





Recueil de données IPC : résultats

- 58 dossiers audités
- 50% de dénutris
- En moyenne meilleurs ou proches de N-1 et de la Région
- Résultat remarquable : le diagnostic nutritionnel

Diagnostic nutritionnel posé par un médecin dans les 7 jours suivant l'admission [%]		
Recueil 2013	Recueil 2012	Région (EHPAD/SLD)
71	54 ↑	30 ●





Le diagnostic nutritionnel posé par un médecin

- Consensus médical pour modification et détermination du statut nutritionnel : dénutri ou non dénutri
- Resensibilisation des médecins à la traçabilité du diagnostic dans les 7 jours suivant l'admission
- Fiche d'observation médicale modifiée : notamment le statut nutritionnel à renseigner (DPI) : dénutri / non dénutri



Une démarche volontaire d'amélioration des pratiques depuis 2009

- Réalisation d'une EPP en 2009 : demande émanant des services
- Groupe de travail pluriprofessionnel avec implication forte du corps médical
- Un PAQ mis en place comportant de nombreuses actions d'amélioration
- Participation en 2012 à l'élaboration du kit d'indicateurs de suivi
- Recueil des IPC en 2013 puis en 2014
- Mise à jour du PAQ en fonction des résultats

Une implication forte des professionnels dans la démarche d'évaluation

- Une équipe de cadres de santé moteur
- Sujet concernant l'ensemble des professionnels de l'EHPAD dans leur pratique au quotidien
- Groupe de travail médecins-cadres lors de l'EPP de 2009 : choix d'impliquer l'ensemble des soignants depuis
- Implication forte du corps médical
- Coordination efficace entre les différents intervenants : médecins-soignants-diététicienne
- Participation active de l'ensemble des professionnels à la mise en place des PAQ





Des moyens alloués et des outils à disposition

- Rédaction d'un protocole de prise en charge de la dénutrition intégrant l'ensemble des non-conformités, validé en CLAN
- Intégration du dossier diététique au DPI pour une meilleure coordination des soins
- Validation de l'ensemble des fiches de suivi en CLAN
- Accès au dossier de soins infirmier DPI aux AS pour tracer la prise de collations le soir
- Une diététicienne à temps plein permettant une évaluation systématique de tous les résidents à l'entrée





Une organisation et des pratiques optimisées

- Des réunions interdisciplinaires régulières
- Rédaction d'une prescription pour la pesée des patients dénutris
- Une sensibilisation des soignants à la prise du poids et à la prise alimentaire aux repas lors des synthèses diététiques
- Présence de la diététicienne lors des repas permettant une sensibilisation des soignants
- Création d'un poste de référente hôtelière pour améliorer la qualité et la présentation des repas
- Participation des résidents aux commissions menus





Une prise en charge globale et personnalisée du résident

- Rédaction d'un projet de vie et de soins individualisé, intégrant la dénutrition
- Sensibilisation des proches lors des synthèses de projet de vie individualisé
- Adaptation des repas pour les patients dénutris souffrant de maladies d'Alzheimer ayant des troubles de la déglutition : le mixage froid
- Adaptation de la prise des repas pour les patients souffrant de maladies d'Alzheimer : le « manger main »
- Prescription de renforcement musculaire avec les aides à la marche





*Merci
de votre attention*



Indicateurs DPE

Identification points forts

Clinique Médicale Brugnon Agache - Beaujeu

Dr FARRET Médecin chef

Gériatre, onco-gériatre

INSTANCES DE PILOTAGE

CLAN

STRUCTURATION MULTIPROFESSIONNELLE

- Médecin
- Cadre de santé - IDE - AS
- Pharmacien
- Direction
- Prestataire
- Qualiticien

Commission EPP

Présentation et validation des programmes et
décision en CME

Programme 2013

Prévention :

- Uniformiser les pratiques soignantes (réactualiser le protocole « Peser et toiser »)
- Optimiser l'organisation et l'information des différents intervenants dans la prise en charge des accompagnants (rédiger la procédure d'inscription des accompagnants et de diffusion de l'information)
- Référencer et mettre à disposition des équipes les outils de travail de la diététicienne dans la GED (plaquettes d'information : régimes,)
- Explorer et renforcer les accès de la diététicienne dans SANOCOM.

Surveillance et signalement :

- Gestion des évènements indésirables
- Surveillance des apports alimentaires (évaluation des ingesta pour les patients dénutris).

Evaluation :

- Poursuite EPP dénutrition et participation à l'audit REQUA pour 1ere quinzaine mars
- Audit de pratique sur la pesée du patient
- Audit du poids des patients suivant un régime HP
- Audit de l'albumine des patients suivant un régime HP

Information/Formation :

- Information sur « personne âgée et alimentation » (animateur : diététicienne /participants : soignants)
- Information des personnels soignants sur le protocole « Peser et toiser » après réactualisation
- Information à thème animée par Médiarest
- Animation « Senteurs et saveurs » menée par le service des cuisines
- Plaquettes d'information (apport hydrique, protéine, ...)
- Commission « Menu »

Programme 2014

Prévention :

- Réactualiser les régimes/textures puis mettre à jour les documents dans la gestion documentaire.
- Réadapter des outils de travail : feuille récapitulative cuisine, feuille collation
- Valider les nouveaux documents de sorties diététiques : plaquettes d'information
- Favoriser la collaboration Animatrice/Service Cuisine : animation à thème
- Vérifier les apports calciques alimentaires (questionnaire du Pr P.Fardellone / Association GRIO)
- Formaliser une procédure « accompagnants » pour optimiser l'organisation et l'information des différents intervenants (accueil, logistique, cuisines) dans leur prise en charge (inscription des accompagnants et diffusion de l'information).

Evaluation :

- Poursuite de l'EPP dénutrition et participation à l'audit REQUA dénutrition chez la personne âgée
- Audit de pratique sur la pesée du patient (construire la grille d'audit et réaliser l'audit)
- Audit du poids et de l'albumine des patients suivant un régime HP
- Suivi des audits hygiène service des cuisines
- Audit satisfaction patient à partir des questionnaires de satisfaction CMBA et Prestataire cuisine

Surveillance et signalement :

- Gestion des évènements indésirables
- Surveillance des apports alimentaires (évaluation des ingesta pour les patients dénutris : grille d'évaluation des ingesta à créer et à valider)
- Cartographie des risques alimentaires

Information/Formation :

- Information sur les régimes (animateur : diététicienne /participants : soignants et personnel cuisine)
- Information à thème animée par Médiarest
- Plaquettes d'information (apport hydrique, protéine, ...)
- Commission « Menu » à chaque changement de cycle

Fonctionnement séance

Prévention :	Action	Réalisation
	Réactualiser les régimes/textures puis mettre à jour les documents dans la gestion documentaire.	En cours Régimes réadaptés. En cours de validation par le CLAN.
	Réadapter des outils de travail : feuille récapitulative cuisine, feuille collation	Fait
	Valider les nouveaux documents de sorties diététiques : plaquettes d'information	Non fait
	Favoriser la collaboration Animatrice/Service Cuisine : animation à thème	Fait. Demande faite au prestataire restauration de se rapprocher de l'animatrice de la CMBA pour concevoir des animations.
	Vérifier les apports calciques alimentaires (questionnaire du Pr P.Fardellone / Association GRIO)	Non fait
	Formaliser une procédure « accompagnants » pour optimiser l'organisation et l'information des différents intervenants (accueil, logistique, cuisines) dans leur prise en charge (inscription des accompagnants et diffusion de l'information).	En cours Formaliser l'organisation interne (qui fait quoi comment quand) pour permettre l'accueil des familles et harmoniser les pratiques entre les services

Gestion des évènements indésirables

- 8 fiches de signalement d'EI depuis le dernier CLAN (06/05/2014).
- Les fiches sont passées en revue par le CLAN.
- 5 fiches concernent des pbs d'organisation et de communication entre les différents services intervenants dans le circuit des repas. Ce point a été abordé dans l'état d'avancement du PAQ (formalisation de l'organisation interne). La direction précise, parmi les pistes d'amélioration à l'étude, qu'une réflexion est engagée sur l'utilisation du logiciel Estia, interface possible entre le DPI Sanocom et les services utilisateurs (notamment service restauration).
- 2 signalements sur le non-respect d'un régime : la vigilance de tous les acteurs de la prise en charge nutritionnelle des patients est rappelée.
- La diététicienne annonce la mise en place d'une texture spécialisée pour les patients atteints de troubles de la déglutition (à côté d'une texture viande hachée pour les personnes édentées).
- Proposition est faite de réaliser une évaluation ciblée du risque de troubles de la déglutition / fausse route comme ce qui est fait au CHI Vesoul. Les AS devront au préalable être formées à cette évaluation.

Suivi des consommations de compléments alimentaires par le service pharmacie

- Le pharmacien signale une augmentation significative des compléments alimentaires (surtout en juillet et août 2014). Voir document joint.
- Pour rappel : les compléments alimentaires sont délivrés sur prescription médicale.
- Le médecin chef conçoit qu'il est nécessaire de réévaluer ces prescriptions (beaucoup de patients avec des prescriptions « au long cours »).

Bilan diététique 2^{ème} trimestre

- La diététicienne présente les résultats des prises en charge diététiques réalisées sur le 2^{ème} trimestre 2014 (voir document joint).
- Elle propose également de mettre à disposition des patients et de leur entourage des plaquettes d'information de l'ARS (manger – bouger). Présentoirs à installer dans les espaces de détente au RDC

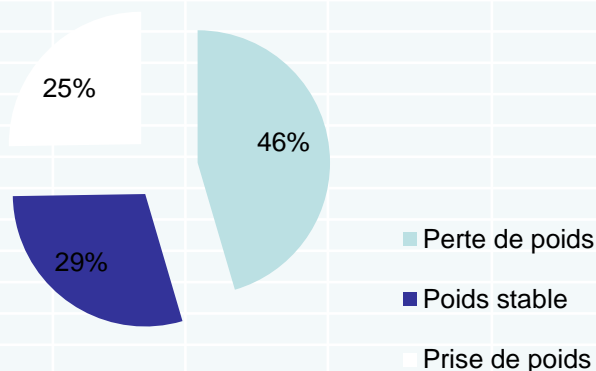
Suivi poids / diet

Evaluation du poids entrée/sortie des patients suivis pour régime HP sur 3 mois

Evaluation pour 46 patients, 26 patients encore présents à la clinique au 01/07 et 1 pesée non interprétable car amputation

	Perte de poids	Poids stable	Prise de poids	Total
Effectif	20	13	11	44
%	45%	29%	25%	100%

Evaluation poids entrée/sortie



Parmi les patients qui ont perdu du poids, 4 personnes sont rentrées à la clinique avec un IMC supérieur à 30kg/m² (avec une probabilité d'un passage de masse grasse à masse maigre). De plus à 21 jours l'albumine a augmenté pour ses patients.

1 patient a perdu du poids suite à une dégradation de son état général, qui a conduit à une hospitalisation dans un autre établissement.

En conclusion 15 personnes ont perdu du poids au cours de la prise en charge de la dénutrition.

Suivi albuminémie/Medecin +diet

Evaluation de l'évolution de l'albuminémie 21 jours après l'entrée

		Dosage à 21 jours	Pas de dosage	Séjour < 21 jours	Total			
	Effectif	63	0	9	72			
	%	88%	0%	12%	100%			
Pour les 63 dosages effectués :								
		Augmentation	Stabilisation	Diminution	Total			
	Effectif	41	10	12	63			
	%	65%	16%	19%	100%			

PEC nutrition

Médecin

- Examen clinique initial avec conclusion sous forme de risque avec item « risque nutritionnel »
- Bio entrée avec albu préalb CRP avec contrôle systématique alb à 21j
- Analyse systématique dans observation avec diagnostic noté
- Prescription PEC diet soit d'emblée si IMC<21 soit après bio
- Pas de prescription systématique CAO

Paramédicaux

- Protocole poids pesée avec pesée systématique à l'entrée et 1 / semaine
- Noter en systématique le différentiel poids au cours du séjour et faire cible
- ainsi que faire cible / AS à l'entrée si IMC <21
- Suivi systématique diet avec traçabilité dans son onglet de traçabilité « synthèse diet »

Participation diet au staff hebdomadaire multidisciplinaire

Communication des résultats des IPC :

en CLAN, journal interne , GED, affichage dans les services.

www.fondation-arcenciel.fr



Reconnue d'utilité publique depuis 1981

CH CHAMPAGNOLE

Indicateurs Dénutrition

Présentation de l'établissement

29 lits Médecine

40 lits SSR

30 lits SLD

60 lits EHPAD

Présence temps diététicienne: 1.2 ETP

Déroulement de l'audit

- L'audit dossiers a été réalisé en février 2014 sur des dossiers actifs pour le secteur gériatrique (en prenant en compte les données 2013)
 - > 31 dossiers pour EHPAD
 - > 28 dossiers pour SLD
- L'audit dossiers a été réalisé en mars 2014 sur des dossiers 2013 pour les secteurs médecine et SSR:
 - > 52 dossiers sur SSR
 - > 43 dossiers sur Médecine

Conclusions de l'audit

IMC 100% pour les 2 types de prise en charge (Médecine- SSR)

76% pour le secteur gériatrique

Suivi hebdomadaire de poids: 100%
(Médecine- SSR)

Prescription médicale de consultation diététique 100%

Mesure du poids IMC

- Sur le secteur Médecine / SSR:

Poids , taille sont relevés par les AS en général . L'IMC est calculé par les diététiciennes dans les services de SSR et par les AS dans le service de Médecine.

Dans les 2 jours (en Médecine) et 7 jours (en SSR) après admission selon les recommandations .

- Sur le secteur gériatrique:

Les AS notent le poids et les diététiciennes mesurent la taille et l'IMC. Dans les 7 jours après admission selon les recommandations .

Fonctionnement interne

- Le CLAN se réunit 2 fois par an et il existe également 3 commissions de restauration, des référents de chaque service qui font le lien avec les équipes.
- protocole dépistage et prise en charge de la dénutrition en juin 2009 validé par le CLAN et dernière réévaluation en juin 2013
- Une synthèse par semaine dans chaque secteur d'activité avec la présence diététicienne
- La diététicienne fait partie intégrante de l'équipe soignante.

Prescription médicale de consultation diététique

- Dans toutes les unités de soins et de vie de l'établissement:
 - ✓ Le bilan nutritionnel pour chaque patient et résident
 - ✓ Consultation diététique obligatoire pour tout patient dénutri (cf. protocole)
 - ✓ Proposition nutritionnelle pour chaque patient dénutri par les diététiciennes
 - ✓ Validation médicale

Prescription médicale est de fait car validée par le protocole

Conclusions

- Résultats très satisfaisants dus à l'implication du personnel et au suivi au cours du CLAN.
- Mais: (remarques personnelles)
- À Champagnole le diagnostic de dénutrition tient compte de la perte de poids par rapport à un séjour antérieur.
- Le dosage de l'albuminémie en Médecine n'est pas systématiquement prescrit du fait de syndrome inflammatoire .

● Merci pour votre
attention