



Mes préférences alimentaires et de repas

Nom :

Date d'exécution :

Mes préférences en matière d'alimentation et de boissons

(Par exemple, types d'aliments et de boissons et quantité préférée.)

* Les choix alimentaires doivent être raisonnables et tenir compte de ce que le prestataire peut proposer.

Mes préférences pour les repas

Où, quand, comment et avec qui j'aime manger.

Tout soutien dont j'ai besoin pour manger et boire

Cela peut inclure :

- Une assistance partielle ou complète pour manger et boire.
- Des assiettes, bols et ustensiles adaptés pour favoriser l'autonomie.
- Une adaptation des aliments selon les recommandations d'un orthophoniste.

Tout problème de santé qui affecte mon alimentation et ma consommation de boissons

Par exemple, recommandations d'un orthophoniste, comme des aliments à texture modifiée ou des liquides épaissis, ou recommandations d'un médecin pour d'autres problèmes de santé.

Quelles sont les traditions ou coutumes culturelles et/ou religieuses que j'observe ?



Coordonnées

(Par exemple, mon diététicien, médecin généraliste/spécialiste, orthophoniste, ergothérapeute ou dentiste.)

Pour le personnel

Où sont enregistrés le poids et le dépistage de la malnutrition de la personne ?*

Le poids d'une personne doit être enregistré chaque mois. Toute modification ou préoccupation liée au poids peut nécessiter une orientation vers un diététicien.

Le dépistage de la malnutrition doit être effectué à l'aide d'un outil validé.

Si l'outil de dépistage de la malnutrition révèle un risque de malnutrition ou un état de malnutrition, envisagez une orientation vers un médecin et un diététicien.

* Indiquez où sont conservées les informations sur le poids et le dépistage de la malnutrition de la personne. Ne notez pas le poids sur ce formulaire.

Les personnes recevant des soins peuvent être aidées par des membres du personnel, des proches, des aidants ou des professionnels de santé pour remplir ce formulaire si nécessaire. Demandez à la personne où elle souhaite que ce formulaire soit placé dans sa chambre.

Si la personne que vous aidez à remplir ce formulaire a des difficultés à communiquer, pensez à :

- utiliser des menus visuels pour l'aider à exprimer ses préférences alimentaires et de boissons,
- prêter attention à son langage corporel, à ses gestes et à ses expressions faciales pour comprendre ses préférences.



Téléphone
1800 951 822



Web
agedcarequality.gov.au



Écrire à
Aged Care Quality and Safety Commission
GPO Box 9819, dans votre capitale régionale