Nom, Prénom : Date :
Diététicien-Nutritionniste : Lieu :
Adresse :
Tél :
Adresse Mail : A l’attention de …………….
 Adresse : ………………………

Veuillez trouver ci-joint, le compte rendu de la consultation diététique de suivi effectuée le ………. de Mr/Mme ………………………., né(e) le ………………….

**Compte-rendu de Soin Diététique**

**Mesures du patient :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dates (des consultations) | / /20.. | / /20.. |
| Poids (kg) |  |  |
| Taille (cm) |  |  |
| IMC (kg/m²) |  |  |

 **Motif de prise en charge** : (noter des exemples ou pas : prise de poids/perte de poids/ équilibre alimentaire/)

**Diagnostic diététique :** …………………………………….………………….………………….………………….………………….

………………….………………….………………….………………….………………….………………….………………….

**Bilan :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ce qui a été mis en place avec le patient** |  |
| **Difficultés rencontrés et réussites** |  |
| **Les freins à la mise en place des objectifs** |  |
| **Motivation du patient** |  |

 **Conclusion :**

Objectifs sur le court terme, **définis avec le patient**

|  |  |
| --- | --- |
| **OBJECTIFS** | **MOYENS** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Je revois Mr/Mme le / / 2022 pour une consultation de suivi.

Souhaitant mettre en place une communication de qualité avec mes correspondants, je reste à votre entière disposition pour échanger sur cette prise en charge.
Je vous remercie de votre confiance et vous prie de croire, à l’expression de mes meilleurs sentiments.

Signature