

# Autoévaluation nutritionnelle globale subjective (Scored PG-SGA)

D'après : FNCLCC. Bonnes pratiques diététiques en cancérologie : dénutrition et évaluation nutritionnelle. Nutr Clin Métabol 2002;16:97-124.

**Situation :** Hospitalisé                      Ambulatoire  
                          Hosp. à dom.                      Hospice

**Nom :** \_\_\_\_\_  
**Sexe :** Homme  Femme  Âge : \_\_\_\_\_

## Histoire

### 1/- Poids :

Actuellement je pèse \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Kg  
 Je mesure \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ mètres  
 Il y a six mois je pesais \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Kg  
 Il y a un mois je pesais \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Kg  
 Au cours des deux dernières semaines mon poids a  
 diminué<sup>(1)</sup>  est resté stable<sup>(0)</sup>  a augmenté<sup>(0)</sup>  
 (Cocher la case correspondante )

### 3/- Symptômes :

Au cours des deux dernières semaines, les problèmes suivants m'ont empêché de manger suffisamment :  
 (cocher la ou les cases correspondantes )

- je n'ai pas de problème pour manger <sup>(0)</sup>  
 je n'ai pas d'appétit, je n'ai juste pas faim ou pas envie de manger <sup>(3)</sup>  
 j'ai des nausées <sup>(1)</sup>  
 je vomis <sup>(3)</sup>  
 j'ai des diarrhées <sup>(3)</sup>  
 je suis constipé <sup>(1)</sup>  
 j'ai des aphtes dans la bouche <sup>(2)</sup>  
 j'ai la bouche sèche <sup>(1)</sup>  
 j'ai mal ;  
 à quel endroit ? <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_  
 les aliments ont un drôle de goût ou n'ont plus de goût <sup>(1)</sup>  
 les aliments ont une odeur désagréable <sup>(1)</sup>  
 je suis gêné par d'autres choses (les décrire SVP) (déprimé, manque d'argent, problèmes de dents, etc.) \_\_\_\_\_ <sup>(1)</sup>

### 2/- Prise alimentaire :

Comparée à ce que je mangeais normalement, je quantifierais mon alimentation durant le mois écoulé comme :  
 inchangée <sup>(0)</sup>  
 je mange plus que d'habitude  
 je mange moins que d'habitude <sup>(1)</sup>

maintenant je mange :  
 de la nourriture normale mais moins que d'habitude <sup>(1)</sup>  
 peu de nourriture solide <sup>(2)</sup>  
 seulement des liquides <sup>(3)</sup>  
 uniquement des suppléments nutritionnels <sup>(3)</sup>  
 très peu de chose <sup>(4)</sup>  
 seulement produits pour sonde ou intraveineux

### 4/- Capacité fonctionnelle :

Au cours du dernier mois, je quantifierais mon activité comme généralement :  
 normale, sans limitation <sup>(0)</sup>  
 pas comme d'habitude, mais je suis capable de me lever et de faire presque ce que je faisais normalement <sup>(1)</sup>  
 je n'ai pas le courage de faire la plupart des choses mais je reste moins de la moitié de la journée au lit <sup>(2)</sup>  
 je peux avoir quelques activités mais la plupart du temps je suis au lit, au fauteuil <sup>(3)</sup>  
 je suis presque toujours couché, rarement hors du lit <sup>(3)</sup>

**Signature du patient** \_\_\_\_\_

La partie ci-dessous sera complétée par votre médecin, infirmière, diététicien

### 5/- Maladie et besoins nutritionnels en rapports

Diagnostic primitif (précisez) : \_\_\_\_\_

Stade évolutif (si connu) : \_\_\_\_\_

Besoins métaboliques :  normaux  légèrement augmentés  moyennement augmentés  élevés

### Examen physique

Pour chaque item précisez : 0 = absent    + = faible    ++ = moyen    +++ = sévère  
 \_\_\_\_\_ perte de graisse                      \_\_\_\_\_ fonte musculaire                      \_\_\_\_\_ œdèmes des                      \_\_\_\_\_ œdèmes des  
                          sous-cutanée (thorax)                      (triceps, quadriceps, deltoïde)                      chevilles                      hanches, ascite

### Classement

Sélectionnez un :

A = bien nourri                       B = modérément dénutri (ou suspecté tel)                       C = sévèrement dénutri

**Signature de l'examineur** \_\_\_\_\_ **Fonction** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_