

Nom – Prénom de l'Aidant : .....

<b>Indicateurs (évaluer avant / après)</b>	<b>Commentaires</b>
Poids (prise, perte)	
Etat d'hydratation	
Repas (observance, négligence)	
Digestion (constipation, colites, ...)	
Témoignage par rapport aux conseils alimentaires reçus	
Douleurs	
Gênes fonctionnelles	
Posture	
Fatigue	
Sommeil	
Anxiété	
Appréciation globale du moral	
Autre	Cf. verso

**Autres commentaires**

Appréciation globale du programme par l'Aidant : ..... / 10

Date : ..... Evaluateur : .....