

NOM:

Prénom:

Date:

Date de naissance:

A) **Instructions**

Pour chacune des questions ci dessous, indiquez le nombre de points:  
De 0= aucun problème à 4= de sérieux problèmes.

1) Est-ce que vous constatez une perte de poids consécutive à d'éventuels problèmes de déglutition?

0 1 2 3 4

2) Les difficultés de déglutition vous empêchent-elles de prendre vos repas hors de chez vous?

0 1 2 3 4

3) Est-ce que le fait d'avaler des liquides vous demande plus d'effort?

0 1 2 3 4

4) Est-ce que le fait d'avaler des aliments solides vous demande plus d'effort?

0 1 2 3 4

5) Est-ce que le fait d'avaler vos médicaments vous demande plus d'effort?

0 1 2 3 4

6) Ressentez-vous de la douleur lorsque vous avalez?

0 1 2 3 4

7) Est-ce que les difficultés de déglutition affectent le plaisir de manger?

0 1 2 3 4

8) Est-ce que des aliments se bloquent dans la gorge lorsque vous avalez?

0 1 2 3 4

9) Toussez-vous lorsque vous mangez?

0 1 2 3 4

10) Ressentez-vous du stress lorsque vous mangez?

11)

0 1 2 3 4

B) **Total** /40.

Si le score est supérieur ou égal à 3, orienter le patient vers l'infirmière ASALEE. En cas de signes d'alerte orienter vers le médecin traitant.