Questionnaire à destination des familles

Nom :

Prénom :

1. Texture alimentaire adaptée à domicile ?
* Aucune adaptation
* Haché fin
* Mixé ou mouliné
* Autre :
1. Adaptation des liquides à domicile ?
* Aucune adaptation
* Eau gazeuse
* Eau épaisse
* Eau gélifiée
* Autre
1. Suivi dentaire :
* Suivi régulier (une fois par an)
* Suivi ponctuel (une ou plusieurs consultations dans l’enfance)
* Pas de suivi (aucune consultation durant l’enfance)
* Autre :
1. Suivi nutritionnel par un professionnel de santé :
* Suivi régulier (une fois par an)
* Suivi ponctuel (une ou plusieurs consultations dans l’enfance)
* Pas de suivi
* Autre :

Traitements habituels :