



DYSPHAGIA

Southeast PA Regional Task Force

Eating, Drinking and Swallowing Checklist

Individual Name: _____ Date of Completion: _____

Instructions: The purpose of this checklist is to document information gathered about the eating, drinking and swallowing habits of the person you support. Please circle **Yes or No** for each item, and give the completed checklist to the person who coordinates medical care for the individual or the individual's primary care physician.

Type of setting where form is completed (i.e., home, day program, employment site): _____

Challenging Eating & Drinking Habits: (consider behavioral supports if any are checked)

- Yes/ No Steals food
Yes/ No Hides food
Yes/ No Generally grabs food
Yes/ No Takes in too much food and or liquid at one time (i.e., doesn't stop & take a breath or unable to limit bite/sip size)*
Yes/ No Eats while moving around environment
Yes/ No Eats with a tablespoon
Yes/ No Excessive length of time to complete meal

Risky Swallowing & Eating Concerns

- Yes/ No Loss of food or drink out of mouth during or after meals
Yes/ No Holding or pocketing food/liquids *
Yes/ No Swallow foods whole *
Yes/ No Inadequate chewing *
Yes/ No Repeated attempts to swallow *
Yes/ No Watery eyes/nose during or after eating
Yes/ No Difficulty swallowing medication (i.e., unable to swallow large or multiple pills gags, spits out, pockets pills in mouth) *
Yes/ No Poor positioning risk factor (tilts head back/leans forward while eating and drinking)

Yes/ No Episodes of coughing/choking during or after meals *
Yes/ No Weak/urgently voice during or after meals (if possible listen to the person say "ah" or vocalizing) *
Yes/ No Increased congestion/secretions following meals*
Yes/ No Excessive throat clearing *
Yes/ No Increased temperature of an unknown cause (temperature spikes) *
Yes/ No Frequent upper respiratory infections/pneumonia *

Yes/ No Vomiting**
Yes/ No Burping or indigestion (i.e., sour breath)**
Yes/ No Weight loss**
Yes/ No Regurgitation (during or following meals)**
Yes/ No Complaint or indicate discomfort when swallowing**
Yes/ No Shortness of breath while eating or drinking **

Other observations/comments: _____

Form completed by: _____ Title(s): _____
Others present: _____



DYSPHAGIA

— . . . — . . . — . . . — . . . —
Southeast PA Regional Task Force

To Be Completed By The Person Coordinating Medical Care For The Individual (if applicable)

Living arrangement (i.e., home, residential agency, family living, etc): _____

Current diet/liquid level consistency: _____

Dentition (i.e., edentulous, dentures, etc): _____

Oral hygiene routine ___ independent? ___ dependent? ___ with assistance? Type of oral hygiene products used? (i.e., paste, mouth wash, toothbrush, swab, etc): _____

Any aspiration precautions/guidelines? Yes/ No

Any adaptive feeding equipment used? Yes/ No if yes, what type(s)?

Current or past diagnosis of dysphagia? Yes/ No

Current or past diagnosis of GERD? Yes/ No

Other medical/psychiatric diagnoses: (list all)

Current medications, list all including "over-the-counter": (attach list if necessary)

Form reviewed by: _____ Title(s): _____

Action Taken:

Don't forget to include any issues noted in the ISP
Don't forget to take completed form to PCP @ Annual Physical

KEY: * indicates see PCP to consider possible tableside and/ or video swallow evaluation ** indicates see PCP for appropriate referral
--



DISFAGIA

Equipo de trabajo regional de P.A.

Lista de Verificación de Comer, Beber y Tragar

Nombre de Individual: _____ Fecha de completado: _____

Instrucciones: El propósito de esta lista de verificación es para documentar la información coleccionado sobre los hábitos del comer, beber y tragar de la persona usted a quien se apoya . Por favor, circule **Sí** o **No** para cada artículo. Dé la lista de verificación completada a la persona quien coordina la atención médica por la persona o el doctor médico de la persona.

Tipo de ambiente donde la lista de verificación se completó (ej., en casa, programa del día, sitio de empleo...): _____

Hábitos de beber y comer: (Considera apoyo conductual si circule "Sí".)

- Sí / No Roba comida
- Sí / No Esconde comida
- Sí / No Agarra comida en general
- Sí / No Coge demasiado comida y/o líquido a la vez (ej., no se detiene para toma una respiración, no puede delimitar tamaño de bocado o bebida) *
- Sí / No Come mientras se mueve
- Sí / No Come con un cuchara grande
- Sí / No Usa cantidad del tiempo excedente para comer

Preocupaciones arriesgados tragar y comer

- Sí / No Pérdida de comida o bebida a fuera de su boca durante o después de comer
- Sí / No Tiene o embolsa alimentos o líquidos
- Sí / No Traga comidas enteras *
- Sí / No Masticado insuficiente *
- Sí / No Intentos de repetir para tragar*
- Sí / No Ojos llorosos o nariz aguada durante o después de comer
- Sí / No Dificultades con tragando su medicación (ej., incapaz de tragar pastillas grandes o incapaz de tragar las múltiples pastillas a la vez, asfixia, escupe las pastillas , embolsa las pastilla y/o esconde en su boca...)*
- Sí / No Riesgo de posición pobre (se reclina la cabeza/se inclina delante cuando está comiendo o bebido

- Sí / No Incidentes de tos/se afixia durante o después de comer
- Sí / No La voz está sofocada durante o después de comer (si es posible, pregúntale a la persona que decir "ah" o hacer una vocalización) *
- Sí / No Congestión/secreciones después de comer*
- Sí / No Se aclara la garanta demasiado *
- Sí / No Aumento en temperatura por un razón desconocido (fiebre alta) *
- Sí / No Infecciones del sistema respiratoria superior/neumonía ocurren con frecuencia *

- Sí / No Vómito **
- Sí / No Eructos o indigestión (ej., halitosis) **
- Sí / No Pérdida de peso **
- Sí / No Regurgitación (durante o después de comer) **
- Sí / No Le molesta cuando traga **
- Sí / No Falte de aire cuando bebe o come **

Otras observaciones/comentario: _____

Completado por: _____ Título: _____
Otros participantes: _____



DISFAGIA

Equipo de trabajo re. iomul de PJ.

Completado por la persona quien coordina atención medica por el individual (si aplicable)

Arreglo de vivienda (ej., en la casa, agencia residencial, programa de vivienda de familia, etc): _____

Dieta actual/ nivel de consistencia de líquidos: _____

Dentición (ej., desdentado, dentadura, ...): _____

Rutina de higiene oral independiente? _ dependiente? _ necesita asistencia? Tipo de productos de higiene oral? (ej., el dentífrico, el enjuague, el cepillo dental, la torunda, ...)

¿Algunas precauciones/gufas para aspiración? Si / No

¿Algunos equipamientos adaptivos de comer? Si/ No ¿Cuales?

¿Diagnóstico de disfagia actual o pasado? Si/ No

¿Diagnóstico de GERD actual o pasado? Si/ No

Otros diagnósticos médicos/psiquiátricos: (lista todos)

Medicaciones actuales, lista todos incluyendo algunas sin recetas: (por favor, adjunta una lista si es necesario)

Revisa por: _____ Título: _____

Acciones tomadas:

*Porfavor, no se olvida incluir cualquier problemas indicado en el ISP.
Porfavor, no se olvida llevar el forma comp/eta a su chequeo físico.*

CLAVE: * habla a su PCP (doctor general) para considerar posible evaluación de tragado en persona o en video"
** habla a su PCP para referenda apropiada"