

NOM :

N° de dossier :

Prénom :

Date de naissance :

AUTONOMIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE

1) DEPLACEMENTS

	Ne fait pas	Fait seul(e)	Avec aide technique	Avec aide Humaine	Qui apporte l'aide
Se lever du lit et se coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marcher à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si aide(s) technique(s), précisez quel type de matériel est utilisé:

.....

Avez-vous chuté sur les 3 derniers mois ?

OUI

NON

Les déplacements sont-ils réalisés avec un but précis ou s'apparentent-ils à de la déambulation ?

AVEC UN BUT

DEAMBULATION

2) ALIMENTATION

	Ne fait pas	Fait seul(e)	Avec aide technique	Avec aide Humaine	Qui apporte l'aide
Préparer un repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servir un repas (mettre/débarasser la table, réchauffer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Difficulté pour avaler (fausses routes) ?

OUI

NON

3) ENTRETIEN PERSONNEL

	Ne fait pas	Fait seul(e)	Avec aide technique	Avec aide Humaine	Qui apporte l'aide
TOILETTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haut du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bas du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Ne fait pas	Fait seul(e)	Avec aide technique	Avec aide Humaine	Qui apporte l'aide
HABILLAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haut du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bas du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Fait seul(e)	Avec aide technique	Avec aide Humaine	Qui apporte l'aide
ELIMINATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Installation aux WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essuyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Utilisez-vous des protections ?

OUI

NON

COMMENTAIRES :

.....
.....

Nom - Prénom de la personne qui vous a aidé à remplir ce questionnaire :

.....

Fait à : Le :