

Concerne M./Mme N° personnel

I. EVALUATION DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

RUBRIQUES	DESCRIPTION	INDICE
ALIMENTATION	- Indépendant(e), capable de se servir des couverts, mange en un temps raisonnable - A besoin d'aide, par exemple pour couper les aliments - Incapable de se nourrir	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
BAIN	- Prend un bain sans aide - Incapable de prendre un bain	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
TOILETTE PERSONNELLE	- Lave son visage, peigne ses cheveux, brosse ses dents, se rase (branche la prise du rasoir) - Incapable d'effectuer ces actes	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
HABILLEMENT	- Indépendant(e). Noue les lacets de ses chaussures, attache ses agrafes, met ses bretelles - A besoin d'aide, mais fait au moins la moitié du travail en un temps raisonnable - Incapable d'effectuer ces actes	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CONTROLE INTESTINAL	- Pas de problème. Capable d'utiliser des lavements / suppositoires, si nécessaire - Problèmes occasionnels. A besoin d'aide pour les lavements ou les suppositoires - Incapable d'utiliser des lavements ou des suppositoires	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CONTROLE VESICAL	- Pas de problème. Capable le cas échéant de prendre soin du matériel de recueil des urines - Problèmes occasionnels et a besoin d'aide pour l'utilisation du matériel de recueil - Incapable d'utiliser ce matériel	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
TRANSFERT AUX TOILETTES	- Indépendant(e) pour aller aux toilettes ou se servir du bassin. Tient ses vêtements, s'essuie, tire la chasse ou nettoie le bassin - A besoin d'aide pour l'équilibre, pour tenir ses vêtements ou le papier hygiénique - Incapable d'effectuer ces actes	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
TRANSFERTS AU LIT, AU FAUTEUIL ET A LA CHAISE	- Indépendant(e), y compris pour bloquer le fauteuil roulant et abattre le marchepied - A besoin d'une aide minime ou d'une simple surveillance - Capable de s'asseoir mais a besoin d'une aide maximale pour le transfert - Totalement dépendant(e)	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
MARCHE	- Indépendant(e) sur 50 mètres. Peut utiliser des cannes mais ne se sert pas de matériel roulant - Fait 50 mètres avec aide - Indépendant(e) avec un fauteuil sur 50 mètres, seulement si incapable de marcher - Incapable de marcher	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
MONTEE D'UN ESCALIER	- Indépendant(e). Peut utiliser des cannes - A besoin d'aide ou d'une simple surveillance - Incapable de monter un escalier	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>

TOTAL DE TOUTES LES RUBRIQUES

../100

Pour chacune des rubriques, le médecin doit impérativement cocher une case.

Tournez S. V. P. et complétez le verso

II. EVALUATION SPATIO-TEMPORELLE

RUBRIQUES	EVALUATION DES DIFFICULTES RENCONTREES		INDICE
1. DIFFICULTES D'EXPRESSION Pour se faire comprendre par la parole et/ou par gestes	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
2. DERANGEMENT VERBAL Crier sans raison et/ou déranger les autres en criant et/ou en hurlant	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
3. PERTE DES NOTIONS DE BIENSEANCE Comportement inadapté devant le couvert et la nourriture, se dévêtir intempestivement, uriner en dehors des commodités, cracher...	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
4. ORIENTATION DANS LE TEMPS	- tout à fait désorienté		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps		5 <input type="checkbox"/>
	- pas de difficulté		10 <input type="checkbox"/>
5. COMPORTEMENT AGITE Difficulté relationnelle et caractérielle, et/ou auto agressif et/ou agité psychomoteur (déambulation, fugue...)	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
6. COMPORTEMENT NOCTURNE Errer, déranger les autres, confondre jour/nuit	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
7. ORIENTATION DANS L'ESPACE DE VIE	- tout à fait désorienté		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps		5 <input type="checkbox"/>
	- pas de difficulté		10 <input type="checkbox"/>
8. COMPORTEMENT DESTRUCTEUR Violent à l'égard du matériel, des objets de l'environnement : habits, mobilier, périodiques... et/ou agressif à l'égard d'autrui	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
9. PERTE DE LA MEMOIRE...	a) - récente :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) - ancienne :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
10. RECONNAISSANCE DE L'ENTOURAGE Perte de l'aptitude à reconnaître...	a) - la famille proche (enfants, conjoint) :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) - les amis, connaissances, autres :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
TOTAL DE TOUTES LES RUBRIQUES		.../100	

Pour chacune des rubriques, le médecin doit impérativement cocher une case.

.....

Date

.....

Signature et tampon du médecin