



## Etat civil

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

## Pathologies

Antécédents médicaux et chirurgicaux datés : .....

Pathologie principale à l'origine de la perte d'autonomie : .....

Autres pathologies : .....

## Déficiences du psychisme

Troubles de la mémoire  Oui  Non

Troubles de l'humeur  Oui  Non

Troubles de l'orientation temporo-spatiale :  Oui  Non

Troubles du comportement :  Oui  Non

Types de troubles présentés (fugue, agitation, cris, apathie, déambulation) :  Oui  Non

Résultat d'un M.M.S récent si effectué : .....

Autres tests : .....

Votre patient peut-il rester à son domicile sans se mettre en danger ?  Oui  Non

- de nuit  Oui  Non

- de jour  Oui  Non

Si oui, pendant combien de temps ? .....

## Déficiences du langage et de la parole

Le patient a-t-il des difficultés à parler  Oui  Non

Le patient a-t-il des difficultés à comprendre  Oui  Non

Autres renseignements : .....

## Déficiences sensorielles tenant compte d'une correction éventuelle (appareillage)

**Audition**  Normale  Mauvaise  Surdité

Appareillage porté  Oui  Non

**Vision**  Normale  Mauvaise  Cécité

Appareillage porté  Oui  Non

## Déficiences de la fonction cardio-respiratoire

### Signes fonctionnels

Cardio (ex : hypotension orthostatique, etc.) : .....

Respiratoire (dyspnée, etc.) : .....

Signes de décompensation cardiaque : .....

Oxygénothérapie (préciser le nombre d'heures par jour) : .....

Autres renseignements : .....

## Déficiences de la fonction digestive

Troubles de la déglutition, type d'alimentation, troubles du transit, stomie : .....

Etat nutritionnel : ..... Poids : ..... kg Taille : ..... m

Etat cutané : .....

Amaigrissement récent  Oui  Non

Repas mixé  Oui  Non

Autres renseignements : .....

## Déficiences de l'appareil locomoteur

### Déficiences locomotrices

Membres supérieurs : .....

Membres inférieurs : .....

### Troubles de l'équilibre

Station unipodale supérieure à 5 s  Oui  Non

Chutes à répétition  Oui  Non

Lever d'une chaise sans l'appui des bras  Oui  Non

Présence de tremblements  Oui  Non

Aides techniques  Canne  Déambulateur  Fauteuil roulant