

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Nom : **Prénom :**
Situation familiale (marié(e), veuf(ve), célibataire) :

Patient : bien vouloir répondre aux questions posées ci-dessous

<p><u>Toilette corporelle</u></p> <p>Lit <input type="checkbox"/> aide _____ <input type="checkbox"/> seul Lavabo <input type="checkbox"/> aide _____ <input type="checkbox"/> seul Douche <input type="checkbox"/> aide _____ <input type="checkbox"/> seul</p> <p style="text-align: right;">Autonomie complète <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Habillage déshabillage</u></p> <p>Haut <input type="checkbox"/> aide : _____ <input type="checkbox"/> seul Bas <input type="checkbox"/> aide : _____ <input type="checkbox"/> seul Matériel auxiliaire _____</p> <p style="text-align: right;">Autonomie complète <input type="checkbox"/></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><u>Déplacements</u></p> <p>Positionnement/Lit <input type="checkbox"/> aide _____ <input type="checkbox"/> seul Lever/transfert <input type="checkbox"/> aide _____ <input type="checkbox"/> seul Marche <input type="checkbox"/> aide _____ <input type="checkbox"/> seul</p> <p><input type="checkbox"/> Cannes Fourni par le patient ? <input type="checkbox"/> Tintébin <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Fauteuil électrique</p> <p style="text-align: right;">Autonomie complète <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Elimination</u></p> <p>Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> oui _____ <input type="checkbox"/> non Incontinence fécale <input type="checkbox"/> oui _____ <input type="checkbox"/> non Aller aux WC <input type="checkbox"/> aide _____ <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> vésicale <input type="checkbox"/> cystostomie <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> nuit</p> <p style="text-align: right;">Autonomie complète <input type="checkbox"/></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><u>Alimentation</u></p> <p>Se servir <input type="checkbox"/> aide _____ <input type="checkbox"/> seul Couper les aliments <input type="checkbox"/> aide _____ <input type="checkbox"/> seul Manger/Boire <input type="checkbox"/> aide _____ <input type="checkbox"/> seul Troubles déglutition <input type="checkbox"/> oui _____ <input type="checkbox"/> non</p> <p>Sonde <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> non</p> <p style="text-align: right;">Autonomie complète <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Régime</u></p> <p><input type="checkbox"/> Hypocalorique <input type="checkbox"/> Hypocholestérol <input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Sans sel <input type="checkbox"/> Epargne digestive <input type="checkbox"/> Riche en fibres <input type="checkbox"/> Hyperprotéiné <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> Coupé <input type="checkbox"/> Mixé</p> <p><input type="checkbox"/> Allergies alimentaires : _____</p> <p style="text-align: right;">Autonomie complète <input type="checkbox"/></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><u>Etat physique</u></p> <p>Taille : _____ Poids : _____</p>	<p><u>Etat cutané</u></p> <p><input type="checkbox"/> Escarres Localisation : _____ <input type="checkbox"/> Matelas Air <input type="checkbox"/> Plaies (préciser) _____ <input type="checkbox"/> Pansements _____</p>
------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><u>Orientation</u> <input type="checkbox"/> Bonne</p> <p><i>Spatiale</i> <i>Temporelle</i> <input type="checkbox"/> Désorientation <input type="checkbox"/> Désorientation <input type="checkbox"/> Orientation partielle <input type="checkbox"/> Orientation partielle</p>	<p><u>Mémoire</u> <input type="checkbox"/> Bonne</p> <p>Aptitude à conserver et/ou retrouver une information <input type="checkbox"/> Difficultés importantes <input type="checkbox"/> Difficultés modérées</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Documents médicaux à nous fournir

- | | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antécédents médicaux | <input type="checkbox"/> Images et/ou CDs |
| <input type="checkbox"/> Laboratoires | <input type="checkbox"/> Traitements en cours |
| <input type="checkbox"/> Rapports radiologiques | <input type="checkbox"/> Rapport opératoire |

Mode de vie

Habitat : Appartement Maison EMS Autre_____

Communication

Bonne Aphasie

Compréhension

- Impossible
 Partiellement atteinte

Expression

- Impossible
 Partiellement atteinte

Date