

## FICHE DE RENSEIGNEMENT

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

**Patient** : bien vouloir répondre aux questions posées ci-dessous

<p><b><u>Toilette corporelle</u></b></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><b><u>Habillage déshabillage</u></b></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><b><u>Déplacements</u></b></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><b><u>Elimination</u></b></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><b><u>Alimentation</u></b></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><b><u>Régime</u></b></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><b><u>Etat physique</u></b></p> <p>Taille : _____ Poids : _____</p>	<p><b><u>Etat cutané</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Escarres    Localisation : _____  <input type="checkbox"/> Matelas Air  <input type="checkbox"/> Plaies (préciser) _____  <input type="checkbox"/> Pansements _____</p>
------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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