



## EVALUATION DE L'AUTONOMIE

GIR (si connu) : .....

### Transferts :

- Seul(e)
- Avec l'aide d'une personne
- Avec appareil (lève-malade)

### Toilette :

- Se lave seul(e)
- Aide partielle
- Aide totale

### Déplacements :

- Autonome, sans aide
- Autonome avec aide technique (FR, déambulateur)
- Marche avec l'aide d'une personne
- Ne peux se déplacer

### Habillage :

- S'habille seul(e)
- Aide partielle
- Aide totale

### Alimentation :

- Mange seul (e)
- Doit être incité(e) ou installé(e)
- Aide à la prise des repas
- Risque de fausses routes alimentaires
- SNG ou gastrostomie

### Continence :

- Continence normale
- Incontinence occasionnelle (urinaire ou fécale)
- Incontinence permanente (urinaire ou fécale)
- Sonde à demeure ou colostomie

## COMPORTEMENT SOCIAL

(sociabilité – communication – participation aux activités – habitudes alcooliques et/ou tabagiques...)

.....  
.....

## TROUBLES COGNITIFS

- Troubles mnésiques
- Désorientation temporo-spatiale

## TROUBLES DU COMPORTEMENT

- Risque de chute
- Risque de fugue
- Troubles de l'urination
- Déambulation
- Délires ou hallucinations
- Cris
- Perte des convenances sociales
- Apathie
- Episodes d'agitation
  - Diurnes
  - Nocturnes
- Episodes d'agressivité
  - Lors des soins
  - Autres

Précisez : .....

## TROUBLES DU LANGAGE

Précisez : .....

## ETAT SENSORIEL

- Problème visuel handicapant :  OUI  NON  
Problème auditif gênant le dialogue :  OUI  NON

## REMARQUES PARTICULIERES

.....  
.....  
.....

Nom du médecin signataire ..... N° de téléphone .....

Fait à ....., le ..... Signature et cachet du médecin