

CENTRE  
COMMUNAL  
D'ACTION  
SOCIALE  
SAINT MÉDARD  
EN JALLES



## Résidence Autonomie Flora Tristan

2 rue Frédéric Delmestre  
33160 ST MÉDARD EN JALLES

**DOSSIER D'ÉVALUATION**  
(à faire compléter par le médecin traitant)

## IDENTIFICATION

Nom et prénom : ..... Sexe: F  M

Date de l'évaluation : ...../...../.....

## SITUATION ACTUELLE

Les facteurs qui motivent la demande :

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

## PROBLÈMES DE SANTÉ

Problèmes de santé majeurs pouvant être signalés.  
Préciser s'il y a lieu le type d'intervention et les séquelles éventuelles.

Années	Maladies ou problèmes	Interventions	Séquelles

## DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

Poids approximatif : ..... Taille approximative : .....

Allergies : .....

Habitude de vie ayant un impact sur la santé ou l'autonomie : .....

.....

**OUI**

**NON**

Usage du tabac -----

Consommation alcool -----

Abus de médicaments -----

Autres -----

# ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

COCHER LES CASES CORRESPONDANTES

Cotation  
AGGIR  
NE RIEN  
COCHER

	↓		↓	
<b>1. COHÉRENCE :</b> <i>(conserver et/ou se comporter de façon sensée, adaptée)</i>	<input type="checkbox"/>	NORMALE		A
	<input type="checkbox"/>	PARTIELLEMENT PERTURBÉE		B
	<input type="checkbox"/>	TOTALEMENT PERTURBÉE		C
	<input type="checkbox"/>	DÉMENCE DIAGNOSTIQUÉE		
<b>2. ORIENTATION DANS LE TEMPS ET L'ESPACE :</b>	<input type="checkbox"/>	NORMALE		A
	<input type="checkbox"/>	ORIENTÉ AVEC AIDE		B
	<input type="checkbox"/>	DÉSORIENTATION ÉPISODIQUE		C
	<input type="checkbox"/>	DÉSORIENTATION TOTALE		
<b>3. HUMEUR, COMPORTEMENT :</b>	<input type="checkbox"/>	NORMALE		A
	<input type="checkbox"/>	APATHIE, DÉPRESSION		B
	<input type="checkbox"/>	AGITATION, AGRESSIVITE		C
<b>4. TOILETTE HYGIÈNE :</b>	<input type="checkbox"/>	SEUL (haut et/ou bas)		A
	<input type="checkbox"/>	AIDÉ (haut et/ou bas)		B
	<input type="checkbox"/>	NE FAIT PAS		C
<b>5. HABILLAGE :</b>	<input type="checkbox"/>	SEUL (haut, bas, ceinture, lacets, boutons)		A
	<input type="checkbox"/>	AIDÉ (haut, bas, ceinture, lacets, boutons)		B
	<input type="checkbox"/>	NE FAIT PAS		C
<b>6. ALIMENTATION HYDRATATION :</b>	<input type="checkbox"/>	SEUL		A
	<input type="checkbox"/>	AIDÉ		B
	<input type="checkbox"/>	NE FAIT PAS		C
	<input type="checkbox"/>	TROUBLE DE DÉGLUTITION		
<b>7. ÉLIMINATION :</b>	<input type="checkbox"/>	CONTINENCE URINAIRE ET FÉCALE		A
	<input type="checkbox"/>	INCONTINENCE OCCASIONNELLE (JOUR / NUIT)		B
	<input type="checkbox"/>	INCONTINENCE TOTALE		C
<b>8. LOCOMOTION :</b>	<input type="checkbox"/>	ADAPTÉE		A
	<input type="checkbox"/>	DÉAMBULATION INADAPTÉE		B
	<input type="checkbox"/>	CHUTES FRÉQUENTES		C
<b>9. TRANSFERT :</b> <i>(lit / fauteuil)</i>	<input type="checkbox"/>	FAIT SEUL		A
	<input type="checkbox"/>	AVEC AIDE		B
	<input type="checkbox"/>	NE FAIT PAS		C
<b>10. DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR :</b>	<input type="checkbox"/>	FAIT SEUL		A
	<input type="checkbox"/>	AVEC AIDE D'UNE PERSONNE		B
	<input type="checkbox"/>	AVEC CANNE OU DÉAMBULATEUR		
	<input type="checkbox"/>	EN FAUTEUIL ROULANT		
	<input type="checkbox"/>	NE FAIT PAS OU GRABATAIRE		C
<b>11. DÉPLACEMENT À L'EXTERIEUR :</b> <i>(à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport, c.à d. à pieds)</i>	<input type="checkbox"/>	FAIT SEUL		A
	<input type="checkbox"/>	AVEC AIDE		B
	<input type="checkbox"/>	NE FAIT PAS		C
<b>12. COMMUNICATION À DISTANCE :</b> <i>(téléphone, sonnette, alarme)</i>	<input type="checkbox"/>	FAIT SEUL		A
	<input type="checkbox"/>	AVEC AIDE		B
	<input type="checkbox"/>	NE FAIT PAS		C

VARIABLES ILLUSTRATIVES DE LA DEPENDANCE DOMESTIQUE ET SOCIALE	A	B	C
<u>GESTION</u> : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens			
<u>CUISINE</u> : préparer ses repas et les conditionner pour être servis			
<u>MENAGE</u> : effectuer l'ensemble des travaux ménagers			
<u>TRANSPORT</u> : prendre et/ou commander un moyen de transport			
<u>ACHATS</u> : acquisition directe ou par correspondance			
<u>SUIVI DU TRAITEMENT</u> : se conformer à l'ordonnance du médecin			
<u>ACTIVITES DE TEMPS LIBRE</u> : activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps			

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

**ALIMENTATION** : Normale  Sans sel  Riche en fibres  Sans sucre  Autres

Si régime particulier, le préciser : .....

.....

**SOINS ET SERVICES** : Préciser les besoins éventuels de soins / services requis et les restrictions éventuelles :

.....

.....

.....

**AUTRES INFORMATIONS DU MÉDECIN JUGÉES IMPORTANTES:**

.....

.....

.....

.....

Etes-vous le médecin traitant du demandeur ? OUI  NON

Depuis combien de temps le connaissez-vous : .....

Signature du Médecin

Date.....