

*Ce document sera joint obligatoirement aux demandes :*

**I / Concernant des personnes handicapées pour :**

- Aide ménagère
- Portage de repas
- Hébergement en établissement pour personnes âgées à titre dérogatoire

**II / Concernant des personnes âgées pour :**

- Toute demande d'aide ménagère égale ou supérieur à 18 heures

**III / Il pourra également être réclamé de façon ponctuelle par l'équipe médicale**

Nom : ..... Né(e) le : .....

Prénoms : .....

Domicile : .....

Situation professionnelle : Activité / Maladie / Longue Durée / Invalidité / Retraite

**AFFECTION PRINCIPALE**

.....  
.....  
.....  
- Date de début : .....

- Depuis, l'affection : .....

- a-t-elle régressé ? OUI - NON (1)
- s'est-elle stabilisée ? OUI - NON
- s'est-elle aggravée ? OUI - NON
- a-t-elle un caractère définitif ? OUI - NON
- est-elle liée à la sénescence ? OUI - NON

- La personne a-t-elle besoin d'un **traitement permanent** ? OUI - NON

Nature : .....

.....  
.....  
- Son état a-t-il nécessité un séjour en milieu spécialisé ? OUI - NON

Lieu : ..... Dates : .....

**Evolution et pronostic à long terme :** .....

.....  
.....  
- La station debout est-elle pénible ? OUI - NON

- L'état mental justifie-t-il la nécessité d'un accompagnement à l'extérieur ? OUI - NON

**S'IL S'AGIT PLUS PARTICULIEREMENT :**

- Localisation (1) : Membres supérieurs : coudes - poignets - droit - gauche

Membres inférieurs : genoux - chevilles - droit - gauche

Ceintures pelviennes - scapulaire - droite - gauche

Colonne vertébrale : cervicale - dorsale - lombaire

- Degré d'impotence fonctionnelle : .....

.....  
.....  
- Etiologie : .....

- Appareillage éventuel : .....



**A - ALIMENTATION, BOISSON**

- sans aide directe : .....
- aide limitée (ex. incitation, couper les aliments) .....
- aide totale ou alimentation artificielle .....

**B - TOILETTE ET HABILLAGE (en dehors des changes)**

- pas d'aide (sinon pour un bain/douche hebdomadaire) .....
- aide partielle à la réalisation, incitation .....
- assistance complète .....

**C - AIDE A L'ELIMINATION URINAIRE ET FECALE**

- pas d'aide .....
- aide légère pour l'accompagnement .....
- aide pour incontinence urinaire : légère  diurne  nocturne  .....
- aide pour incontinence fécale .....
- sonde à demeure : .....  - anus iliaque : .....

**D - DEPLACEMENT (à l'intérieur de l'habitat)**

- seul (e), sans aide .....
- aide occasionnelle (stimulation ou accompagnement) .....
- aide partielle (ex. pour satisfaire des besoins, aller au fauteuil) .....
- aide totale (nécessitant habituellement 2 personnes) .....
- fauteuil roulant manuel .....  - fauteuil électrique .....
- état grabataire complet .....

**E - SURVEILLANCE POUR TROUBLES DU COMPORTEMENT OU/ET DESORIENTATION**

- pas de surveillance particulière .....
- surveillance légère pour des difficultés rationnelles ou d'orientation .....
- surveillance plus importante .....
- opposition et agitation  repli  coopérant
- surveillance attentive pour risque :  
de coup  de chute  de fugue

**INTERVENANTS EXTERIEURS**

- Auxiliaires médicaux : Soins à Domicile  Fréquence : .....
- Infirmier  Fréquence : .....
- Kinésithérapeute  Fréquence : .....
- Aide-ménagère : ..... Fréquence : .....

