

NOM D'USAGE : NOM DE NAISSANCE :

PRENOM : DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE : Tél :

CONSEQUENCES DES DEFICIENCES

AUTONOMIE	
A : Fait seul spontanément, totalement, habituellement, correctement	
B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement	
C : Ne fait pas	A , B ou C
COHERENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	
ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...	
ACTIVITES MENAGERES : ménage, préparation des repas...	

IMPORTANT : document à produire séparément du certificat médical. A NE PAS INSERER DANS L'ENVELOPPE destinée au certificat médical.

A , le.....

Signature et cachet du praticien