

Concerne M./Mme ..... N° personnel .....

**I. EVALUATION DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE**

RUBRIQUES	DESCRIPTION	INDICE
<b>ALIMENTATION</b>	- Indépendant(e), capable de se servir des couverts, mange en un temps raisonnable	10 <input type="checkbox"/>
	- A besoin d'aide, par exemple pour couper les aliments	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapable de se nourrir	0 <input type="checkbox"/>
<b>BAIN</b>	- Prend un bain sans aide	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapable de prendre un bain	0 <input type="checkbox"/>
<b>TOILETTE PERSONNELLE</b>	- Lave son visage, peigne ses cheveux, brosse ses dents, se rase (branche la prise du rasoir)	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapable d'effectuer ces actes	0 <input type="checkbox"/>
<b>HABILLEMENT</b>	- Indépendant(e). Noue les lacets de ses chaussures, attache ses agrafes, met ses bretelles	10 <input type="checkbox"/>
	- A besoin d'aide, mais fait au moins la moitié du travail en un temps raisonnable	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapable d'effectuer ces actes	0 <input type="checkbox"/>
<b>CONTROLE INTESTINAL</b>	- Pas de problème. Capable d'utiliser des lavements / suppositoires, si nécessaire	10 <input type="checkbox"/>
	- Problèmes occasionnels. A besoin d'aide pour les lavements ou les suppositoires	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapable d'utiliser des lavements ou des suppositoires	0 <input type="checkbox"/>
<b>CONTROLE VESICAL</b>	- Pas de problème. Capable le cas échéant de prendre soin du matériel de recueil des urines	10 <input type="checkbox"/>
	- Problèmes occasionnels et a besoin d'aide pour l'utilisation du matériel de recueil	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapable d'utiliser ce matériel	0 <input type="checkbox"/>
<b>TRANSFERT AUX TOILETTES</b>	- Indépendant(e) pour aller aux toilettes ou se servir du bassin. Tient ses vêtements, s'essuie, tire la chasse ou nettoie le bassin	10 <input type="checkbox"/>
	- A besoin d'aide pour l'équilibre, pour tenir ses vêtements ou le papier hygiénique	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapable d'effectuer ces actes	0 <input type="checkbox"/>
<b>TRANSFERTS AU LIT, AU FAUTEUIL ET A LA CHAISE</b>	- Indépendant(e), y compris pour bloquer le fauteuil roulant et abattre le marchepied	15 <input type="checkbox"/>
	- A besoin d'une aide minime ou d'une simple surveillance	10 <input type="checkbox"/>
	- Capable de s'asseoir mais a besoin d'une aide maximale pour le transfert	5 <input type="checkbox"/>
	- Totalement dépendant(e)	0 <input type="checkbox"/>
<b>MARCHE</b>	- Indépendant(e) sur 50 mètres. Peut utiliser des cannes mais ne se sert pas de matériel roulant	15 <input type="checkbox"/>
	- Fait 50 mètres avec aide	10 <input type="checkbox"/>
	- Indépendant(e) avec un fauteuil sur 50 mètres, seulement si incapable de marcher	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapable de marcher	0 <input type="checkbox"/>
<b>MONTEE D'UN ESCALIER</b>	- Indépendant(e). Peut utiliser des cannes	10 <input type="checkbox"/>
	- A besoin d'aide ou d'une simple surveillance	5 <input type="checkbox"/>
	- Incapable de monter un escalier	0 <input type="checkbox"/>

TOTAL DE TOUTES LES RUBRIQUES

../100

Pour chacune des rubriques, le médecin doit impérativement cocher une case.

*Tournez S. V. P. et complétez le verso*

## II. EVALUATION SPATIO-TEMPORELLE

RUBRIQUES	EVALUATION DES DIFFICULTES RENCONTREES		INDICE
<b>1. DIFFICULTES D'EXPRESSION</b> Pour se faire comprendre par la parole et/ou par gestes	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
<b>2. DERANGEMENT VERBAL</b> Crier sans raison et/ou déranger les autres en criant et/ou en hurlant	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
<b>3. PERTE DES NOTIONS DE BIENSEANCE</b> Comportement inadapté devant le couvert et la nourriture, se dévêtir intempestivement, uriner en dehors des commodités, cracher...	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
<b>4. ORIENTATION DANS LE TEMPS</b>	- tout à fait désorienté		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps		5 <input type="checkbox"/>
	- pas de difficulté		10 <input type="checkbox"/>
<b>5. COMPORTEMENT AGITE</b> Difficulté relationnelle et caractérielle, et/ou auto agressif et/ou agité psychomoteur (déambulation, fugue...)	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
<b>6. COMPORTEMENT NOCTURNE</b> Errer, déranger les autres, confondre jour/nuit	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
<b>7. ORIENTATION DANS L'ESPACE DE VIE</b>	- tout à fait désorienté		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps		5 <input type="checkbox"/>
	- pas de difficulté		10 <input type="checkbox"/>
<b>8. COMPORTEMENT DESTRUCTEUR</b> Violent à l'égard du matériel, des objets de l'environnement : habits, mobilier, périodiques... et/ou agressif à l'égard d'autrui	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
<b>9. PERTE DE LA MEMOIRE...</b>	a) - récente :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) - ancienne :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<b>10. RECONNAISSANCE DE L'ENTOURAGE</b> Perte de l'aptitude à reconnaître...	a) - la famille proche (enfants, conjoint) :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) - les amis, connaissances, autres :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
TOTAL DE TOUTES LES RUBRIQUES		.../100	

Pour chacune des rubriques, le médecin doit impérativement cocher une case.

.....

Date

.....

Signature et tampon du médecin