

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 :

D'UNE AFFECTION NEUROLOGIQUE ET NEURO-VASCULAIRE

- Etiologie :
- Nature des troubles :
- Déficit : MID MIG MSD MSG
 - Minime
 - Parésie
 - Paralyisie
- Importance de l'amyotrophie :
- Etat des réflexes :
- Comitialité : Type : Fréquence :
- Troubles de l'équilibre : Type : Fréquence :
- Troubles associés : Mentaux :
- Autres :

D'UNE AFFECTION PSYCHIATRIQUE

- 1/ Etat Névrotique (1) 2/ Psychologique (1) 3/ Déficitaire (1) 4/ Autres (1)
- Précisions / Traitements :

AUTRE AFFECTION

- Etiologie :
- Natures des troubles, signes associés, etc ... :

OBSERVATIONS PERSONNELLES DU MEDECIN TRAITANT

- Attitude du sujet face à son handicap : l'assume bien / le tolère / l'accepte mal (1)
- L'entourage familial est-il coopératif ? OUI - NON (1)

Veuillez joindre les résultats des examens complémentaires, éventuellement effectués chez un spécialiste.

(1) rayer les mentions inutiles

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 :

