

COMMENTAIRES



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

III / II 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 :

- 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

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

Lieu : Dates

Évolution et pronostic à long terme :

- La station debout est-elle pénible ? OUI – NON
- L'état mental justifie-t-il la nécessité d'un accompagnement extérieur OUI - NON

S'IL S'AGIT PLUS PARTICULIÈREMENT :

- Localisation (1) : Membres supérieurs : coudes – poignets – droit – gauche
Membres inférieurs : genoux – chevilles – droit – gauche

Technique de l'incision : genoux croisés – droit – gauche
Ceinture pelviennes – scapulaire – droite – gauche

D'UNE AFFECTION PSYCHIATRIQUE

1/ État Névrotique (1) 2/ Psychologique (1) 3/ Déficitaire (1) 4/ Autres (1)

Précisions / traitements :

D'UNE AUTRE AFFECTION

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

.....

.....

.....

OBSERVATIONS PERSONNELLES DU MÉDECIN TRAITANT

- Attitude du sujet face à son handicap : l'assume bien / le tolère / l'accepte mal (1)
 - L'entourage familial est-il coopérant ? OUI – NON (1)
Veuillez joindre les résultats des examens complémentaires, éventuellement effectués chez un spécialiste.

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(e) bain/douche hebdomadaire).....
 - Aide partielle à la réalisation, incitation
 - Assistance complète.....

C - AIDE A L'ÉLIMINATION URINAIRE ET FÉCALE

- 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 - DÉPLACEMENT (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 DÉSORIENTATION

- 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

F - INTERVENANTS EXTERIEURS

- Auxiliaires médicaux :
 - Soins à domicile Fréquence :
 - Infirmier Fréquence :
 - Kinésithérapeute Fréquence :
 - Aide-ménagère : Fréquence :