

Questionnaire relatif à l'Autonomie du demandeur

(à remplir par le médecin traitant)

Nord
le Département

Direction Générale Adjointe
de la Solidarité
Direction de l'Accès à l'Autonomie
59047 LILLE Cedex

M. Mme

Nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Nom de naissance : _____

Date et lieu de naissance : _____

Domicile : _____

Téléphone : _____

Médecin traitant : _____

Coordonnées téléphoniques : _____

Adresse : _____

NB : Un commentaire médical peut être joint au présent formulaire si le médecin traitant le souhaite, sous pli médical confidentiel à destination du médecin départemental.

lenord.fr

Renseignements concernant l'autonomie

a) L'intéressé est-il : grabataire constamment au fauteuil de jour

b) Ce sujet présente-t-il ?	OUI	UN PEU DIMINUÉE	TRÈS DIMINUÉE	ABOLIE
• Une attitude psychologique coopérante (démission)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Une cohérence (converser et/ou se comporter de façon logique et sensée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Une orientation (temps, moments de la journée et espace)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Une continence urinaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Une continence fécale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) L'intéressé peut-il	NORMALEMENT (seul)	DIFFICILEMENT (mais seul)	AIDE NÉCESSAIRE	IMPOSSIBLE
• Faire sa toilette				
haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• S'habiller, se déshabiller				
haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gérer son appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se lever du lit, se coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Monter l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se lever d'une chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aller aux toilettes et assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Manger, boire (des aliments préparés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Couper ses aliments (préparés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utiliser les moyens de communications (alarme, téléphone, sonnette d'appel, système hertzien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sortir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utiliser un moyen de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rester debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gérer ses ressources, l'argent, ses affaires et faire les démarches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Faire ses courses, des achats directs ou par correspondance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Temps libre (activités de loisirs, culturelles ou sociales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Suivre un traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les déplacements intérieurs sont aidés par : canne appuis déambulateur autre

Les déplacements extérieurs sont aidés par : canne appuis déambulateur autre

Date

Nom (ou cachet) du médecin

Signature