

// VOLET « AUTONOMIE »

Deux pages à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin (famille, plateforme)

Nom de naissance du demandeur : _____

Nom d'usage (marital) du demandeur : _____

Prénom(s) du demandeur : _____

Date de naissance du demandeur : _____

TOILETTE/ HABILLEMENT

Vous faites votre toilette :

Seul(e) Avec une aide partielle Avec une aide complète

Vous vous habillez ou déshabillez :

Seul(e) Avec une aide partielle Avec une aide complète

TRANSFERTS/ DÉPLACEMENTS

Vous vous levez du lit seul(e) : Oui Avec difficulté Non

Vous vous mettez (couchez) au lit seul(e) : Oui Avec difficulté Non

Vous vous asseyez au fauteuil seul(e) : Oui Avec difficulté Non

Vous prenez un ascenseur seul(e) : Oui Non

Vous montez et descendez les escaliers seul(e) : Oui Non

Vous marchez seul(e) : Oui Non

Vous marchez avec le soutien d'une canne : Oui Non

Vous marchez avec le soutien d'un déambulateur : Oui Non

Vous utilisez un fauteuil roulant par intermittence : Oui Non

Vous utilisez un fauteuil roulant en permanence : Oui Non

COHÉRENCE

Vous sortez et vous vous promenez seul(e) et de façon indépendante :

Oui Avec difficulté Non

Vous vous occupez seul (e) de la prise de vos médicaments (dose et horaire) :

Oui Avec difficulté Non

Vous vous servez du téléphone de votre propre initiative, cherchez et composez les numéros...

Oui Avec difficulté Non

Vous pouvez vous exprimer et converser :

Oui Avec difficulté Non

ORIENTATION

- Vous vous repérez dans les moments de la journée : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous repérez dans les moments de l'année : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous repérez dans les lieux habituels : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous repérez dans des lieux inconnus : Oui Avec difficulté Non

SOMMEIL

- Votre sommeil est : Correct Correct avec un traitement Difficile

CONTINENCE

- Utilisez-vous des protections : Oui, le jour Oui, la nuit Non
- Si oui, vous les gérez seul(e) : Oui Non

ALIMENTATION

- Vous mangez seul(e) : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous servez seul(e) : Oui Avec difficulté Non
- Votre repas doit être : Mixé Haché De texture normale

Précisions éventuelles : _____

Nom de la personne ayant renseigné le volet Autonomie : _____

Fonction ou qualité si cette personne n'est pas le demandeur : _____

Date : _____

Signature