

Outil d'aide au repérage des fragilités chez une personne

INFORMATION PATIENT

NOM : _____ PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____ AGE : _____
 TEL : _____ ADRESSE : _____
 PERSONNE A CONTACTER : _____ MEDECIN TRAITANT : _____

PERSONNE EFFECTUANT LE REPÉRAGE

NOM : _____ PRENOM : _____
 FONCTION : _____ EMPLOYEUR EVENTUEL : _____
 TEL : _____ EMAIL : _____

OBSERVATION FAITE LE : _____

Problématiques liées à l'environnement

			COMMENTAIRES
• La personne vit seule ou est isolée	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Absence d'aidant familial ou de voisinage	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Absence d'aidants professionnels	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Refus d'aide	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Adaptation et/ou salubrité de l'habitat	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Désaccords ou conflits familiaux	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	

Problématiques liées à l'état de santé

			COMMENTAIRES
• Polypathologies ou signes cliniques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Perte ou prise de poids récente	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Perte d'appétit	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Difficulté à se déplacer	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Fatigue	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Chutes ou traumatismes récents	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	

Outil d'aide au repérage des fragilités chez une personne

• Troubles de la mémoire et/ou cognitifs	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Désorientation (Temps, Espace)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Changement de comportement ou d'humeur	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Idées noires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Troubles du sommeil	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Mal observance médicamenteuse	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Echecs scolaires / Déscolarisation	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Conduites addictives	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Hospitalisations fréquentes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Évènements récents (décès d'un proche...)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	

Problématiques économiques et administratives

			COMMENTAIRES
• Ressources financières	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Gestions financière et/ou administrative	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
• Mesure de protection	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	

Commentaires complémentaires sur la situation