

Nom, Prénom du résidant :

Activité	Seul	Avec aide	Dépendant	Activité	Seul	Avec aide	Dépendant
Boire				Voir			
Manger				Entendre			
Faire sa toilette				Parler			
S'habiller				Uriner			
Prendre un bain				Aller à selle			
Prendre une douche				Se déplacer à l'extérieur			
S'asseoir/se lever				Faire les courses			
Marcher				Préparer les repas			
Déplacement à l'aide de				Faire la lessive			
Monter les escaliers				Faire le ménage			
Se coucher/se lever				Faire le lit			

Merci de cocher

Soins spécifiques	oui	non	Moyens auxiliaires	oui	Non	
Soins d'escarres			Prothèse dentaire supérieure			
Pansements			Prothèse dentaire inférieure			
Sonde à demeure			Lunettes			
Urostomie			Appareils acoustique/s			
Colostomie			Autre :			
Lavage de vessie						
Autre :				Incontinence		
				Urine		
				Selles		

Rythme veille/sommeil			Respiration		
Normal			Sans problème		
Perturbé			Souffle court		
Avec médicaments			Expectorations		

Tendances aux chutes	Oui	Non	Comportement	Oui	Non
Risque de fugues			Calme		
Etat psychique			agité		
Sans problème			Anxieux		
Orienté dans le temps			Agressif		
Orienté dans l'espace			Etat dépressif		
Reconnaît les personnes			Déambulation		
			Agressivité verbale		
			Agressivité gestuelle		
			Troubles mnésiques		

Régime alimentaire (préciser) :

.....

.....

Résumer de séjour, projets de soins, protocole de prise en charges :

.....

.....

.....

.....

.....