

**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 :           |     |     | <b>Incontinence</b>          |     |     |
|                   |     |     | 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                 |     |     |
| <b>Etat psychique</b>   |     |     | 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 :

.....

.....

.....

.....

.....