

Cadre habituel de vie - à remplir par le médecin

VIE SOCIALE

cochez les cases appropriées

L'invalide vit-il (elle) seul(e) ? Oui Non

Bénéficie-t-il (elle) d'un entourage proche (famille, voisins, visiteurs) ? Oui Non

A-t-il (elle) recours à :

- des soins infirmiers ? Oui Non Si oui, fréquence : _____

- une aide ménagère ? Oui Non Si oui, fréquence : _____

HÉBERGEMENT

cochez les cases appropriées

L'invalide vit-il (elle) ? :

en maison individuelle en appartement

en rez-de-chaussée à l'étage avec ascenseur sans ascenseur

L'habitat est-il aménagé : Oui Non

Si oui, préciser : _____

Est-il (elle) placé(e) dans un établissement : Oui Non

Si oui, lequel (nom et adresse) : _____

Description des déficiences - à remplir par le médecin

DIAGNOSTIC DÉTAILLÉ DES MALADIES OU DES INFIRMITÉS

ORIGINE

Congénitale : _____

Acquise le | | | | | |

Conséquences des déficiences - à remplir par le médecin**AUTONOMIE***cochez les cases appropriées*

Peut, même avec difficulté :

- 1 - Quitter son lit seul(e) Oui Non
- 2 - Se coucher seul(e) Oui Non
- 3 - S'asseoir seul(e) sur une chaise et se lever seul(e) Oui Non
- 4 - Aller seul(e) à la selle ou uriner seul(e) Oui Non
- dans WC ordinaires Oui Non
- dans WC aménagés Oui Non
- 5 - Faire sa toilette seul(e) :
- totalement Oui Non
- partiellement Oui Non
- 6 - Se vêtir seul(e) :
- totalement Oui Non
- partiellement Oui Non
- 7 - Se dévêtir seul(e) :
- totalement Oui Non
- partiellement Oui Non
- 8 - Manger et boire seul(e) :
- couper ses aliments Oui Non
- se verser un liquide à boire Oui Non
- s'alimenter de façon autonome, une fois les repas complètement préparés Oui Non
- 9 - Marcher seul(e) avec ou sans cannes, béquilles ou appuis Oui Non
- 10 - Utiliser seul(e) un moyen de transport :
- voiture aménagée Oui Non
- transports en commun Oui Non
- 11 - Pour un(e) handicapé(e) appareillé(e) :
- Mettre en place seul(e) son appareillage Oui Non

Nature de l'appareil : _____

Retentissement des affections - à remplir par le médecin

CONCERNANT LES CAS DE TROUBLES PSYCHIQUES

cochez les cases appropriées

1 - Nature des troubles psychiques : _____

2 - Ces troubles psychiques constituent-ils un danger pour sa vie ou celle d'autrui ? Oui Non

3 - Les actes de la vie courante peuvent-ils être accomplis sans stimulation ? Oui Non

POUR LES AUTRES PATHOLOGIES

cochez les cases appropriées

1 - Est-il (elle) sujet(te) à des maladies, crises ou chutes ? Oui Non

2 - Préciser la nature des troubles présentés et leurs conséquences : _____

3 - Préciser la fréquence : _____

4 - Ces troubles constituent-ils un danger pour sa vie ? Oui Non

Conclusions - à remplir par le médecin

cochez les cases appropriées

L'assistance d'une tierce personne est-elle nécessaire :

- de manière constante ? Oui Non

- pour faire face à des complications passagères ? Oui Non

Une aide ponctuelle à certains moments de la journée est-elle suffisante ? Oui Non

Préciser ci-après les raisons qui motivent cette aide : _____

Fait à _____ le | | | | | |

Cachet et signature du médecin :

Tout certificat ne comportant pas de cachet et de signature sera retourné