

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

Renseignements concernant Mø õ
Nom du médecin traitantø õ .

ANTECEDENTS MEDICAUX :

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

<u>Troubles de la cohérence*</u>	oui	non	parfois	
<u>Troubles de l'orientation*</u>	oui	non	parfois	
<u>Aide pour la prise des repas*</u>	oui	non	aide partielle	
<u>Régime alimentaire*</u>	oui	non	À préciserø õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ	

<u>Incontinence*</u> :	urinaire	oui	non		
	anale	oui	non		
<u>Toilette*</u>	haut	seul(e)	aide partielle	aide totale	
	bas	seul(e)	aide partielle	aide totale	
<u>Habillage*</u>	haut	seul(e)	aide partielle	aide totale	
	bas	seul(e)	aide partielle	aide totale	
<u>Transfert*</u>		seul(e)	aide partielle	aide totale	
<u>Déplacements*</u>	intérieur	seul(e)	aide partielle	aide totale	
	extérieur	seul(e)	aide partielle	aide totale	

Moyens de suppléance* : canne déambulateur fauteuil roulant

Remarques :

Le déclarant est informé qu'une partie des renseignements caractérisant la présente demande fait l'objet d'un traitement informatisé dans des conditions conformes à la loi du 6 janvier 1978 (loi informatique et libertés) modifiée par la loi du 6 aout 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.