

<p style="text-align: center;">EVALUATION DE L'AIDE PAR L'USAGER ET/OU SA FAMILLE</p>
--

Mode de déplacement habituel

Marche	oui	non
Marche avec canne-béquille	oui	non
Fauteuil roulant manuel	oui	non
Fauteuil roulant électrique	oui	non

Commentaire (distance) :

Mode de déplacement pendant le séjour

Idem
Autres :

Type de transfert

Autonome	oui	non
Aide humaine		
au lever	oui	non
au coucher	oui	non
Aide matérielle	oui	non
Lesquelles :		

Pendant la nuit

Posture	oui	non
Nombre de		
Autres besoins :		

Toilette Durée :

Autonome	oui	non
Dépendant	oui	non
Aide partielle	oui	non
A détailler :		

Habillage

Autonome	oui	non
Dépendant	oui	non
Aide partielle	oui	non
A détailler :		

Prise de repas :

Autonome	oui	non
Dépendant	oui	non
Aide partielle	oui	non

Préhension

De la main dominante	oui	non
De la main non dominante	oui	non

WC

Autonome	oui	non
Si non : aide humaine	oui	non
aide médicamenteuse	oui	non
aides matérielles	oui	non

Prise d'un traitement

	oui	non
Si oui, joindre une copie de l'ordonnance		

Repérage dans le temps

oui	non
------------	------------

Repérage dans l'espace

oui	non
------------	------------

Commentaires :