

NOM :
Prénom :
Date de naissance :



Nom du Médecin Traitant :

Téléphone :

**Programmation au CENTRE DU BIEN VIEILLIR ET DE LA QUALITE DE VIE
du CHU de ST ETIENNE**

A qui s'adresse ce repérage ?

Tout sujet de **plus de 65 ans, autonome, sans dépendance sévère ADL > 5/6**

MOTIF :

.....
.....
.....
.....

	OUI	NON	
Votre patient est-il entièrement autonome ? (ADL > 5/6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Echelle d'évaluation des activités de la vie quotidienne (autonomie complète : ADL 6/6)			
Autonome pour l'hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autonome pour le choix des vêtements et l'habillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autonome pour aller aux toilettes, se déshabiller et s'habiller ensuite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autonome pour la locomotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autonome pour la continence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autonome pour les repas (mange seul)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	OUI	NON	NE SAIT PAS
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours de ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de troubles de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de son sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Si vous avez répondu OUI à une de ces questions et/ou :			
Votre patient vous paraît-il fragile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANTECEDENTS :
.....
.....

Patient connu de la gériatrie CHU ou autre(consultation mémoire, hospit...).....

