

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Identité du patient (ou initiales si retour par fax)**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Merci de retourner ce document à l'adresse :**

**Vous recevrez ensuite le CR de l'évaluation  
gériatrique de l'IDE de l'établissement**

**IDEL répondant :**

Nom : ..... Adresse du cabinet : ..... tel : .....

Votre prise en charge au préalable :

Nature des soins : ..... Fréquence des soins : .....

Avez-vous rempli cette fiche avec le patient :  Oui  Non

## LES ASPECTS SOCIAUX

Vit seul :  Oui  Non

Prise en charge sociale :  Oui  Non  Ne sais pas

Si oui préciser (CLIC, MAIA, APA, CMP...).....

**Lieu de vie :**

- Domicile :  maison  appartement
- Accessibilité :  plain-pied  étage  ascenseur  monte escalier
- Chambre :  étage  plain-pied
- WC :  étage  plain-pied
- Salle de bain :  étage  plain-pied
- baignoire  douche
- Proximité commerces  oui  non
- Entourage - social  oui  non
- Familial  oui  non

Commentaires : .....

**Conjoint** :  autonome  Porteur de handicap

Remarques : : .....

**Aide-soignant à domicile** :  Oui  Non  Ne sais pas

Si oui, à quelle fréquence ? : .....

**Aide(s) ménagère (s)** :  Oui  Non  Ne sais pas

Si oui, à quelle fréquence ? : .....

**Portage des repas** :  Oui  Non  Ne sais pas

Commentaires

**Téléalarme** :  Oui et s'en sert  Oui mais ne s'en sert pas  Non

**Existe-il un autre intervenant à domicile ?**  Oui  Non

Si oui, préciser : .....

**Le patient a-t-il un animal de compagnie ?**  Oui  Non

Si oui, préciser : .....

**Quelles sont les activités actuelles du patient ?**

.....

**Commentaires** : .....

.....

## La mobilité

- Chutes :**  *Oui* *nbre/semaine* : .....  *Non*  *Ne sait pas*  
S'aggravant  *Oui*  *Non*  *Ne sait pas*
- Difficulté à la marche**  *Oui* *depuis quand* : .....  *Non*  
S'aggravant  *Oui*  *Non*  *Ne sait pas*  
**Aide :**  *Canne(s)*  *déambulateur*  *appui meubles*  
**Marche extérieure :**  *Oui*  *Non*  
Si oui :  *jardin*  *en dehors domicile*  
 *seul*  *toujours accompagné*

**Commentaires :**

## L'autonomie

- Perte d'autonomie**  *Oui* *depuis combien de temps* : .....  *Non*

**Commentaires**

## La nutrition

- Poids** Si vous le connaissez : **Poids il y a 6 mois :** ..... **Poids il y a 1 mois :** .....  
**Maigrissement constaté ?**  *Oui* *depuis combien de temps* : .....  *non*
- Appétit actuel :**  *Très bon*  *correct*  *médiocre*  *mauvais*  
**Variation de l'appétit :**  *augmentation*  *constant*  *diminution* **Depuis combien de temps :** .....

**Commentaires**

## La thymie

- Trouble du sommeil :**  *Oui*  *Non*  *Ne sait pas*  
S'aggravant  *Oui* *depuis* : .....  *Non*  *Ne sait pas*
- Anxiété :**  *Oui*  *Non*  *Ne sait pas*  
S'aggravant  *Oui* *depuis* : .....  *Non*  *Ne sait pas*
- Tristesse :**  *Oui*  *Non*  *Ne sait pas*  
S'aggravant  *Oui* *depuis* : .....  *Non*  *Ne sait pas*

**Commentaires**

## La cognition

- Déclin cognitif** (désorientation, comportement inadapté, tb mémoire...)  *Oui*  *Non*  *Ne sait pas*  
**Depuis combien de temps :** .....

**Autres fragilités ?** .....

**Commentaires**

## Les médicaments / Les traitements

- Utilisation d'un pilulier :**  *Oui*  *Non*

**Suivi de la prise des médicaments** hors anticancéreux (Observance) :

- pas d'oubli/omission*  *rare oublis/omissions*  *oublis/omission fréquents*  *non-respect des prescriptions*

**Connaissance de médicaments périmés :**  *Oui*  *Non*

**Commentaires**

## Impression générale

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