

Addictions : Tabac : oui non
 Alcool : oui non
 Autre :

Etat nutritionnel : Poids :
 Taux d'albumine si connu :
 Troubles de l'appétit (refus alimentaire, anorexie...) : oui non
 Fausses routes : oui non
 Régimes :
 Allergies alimentaires :

Evaluation de la dépendance au moment de la demande :

	A (Fait seul)	B (Avec aide)	C (Ne fait pas)
Orientation			
Cohérence			
Toilette			
Habillage			
Alimentation			
Elimination			
Transferts			
Déplacements			
Déplacements à l'extérieur			
Communication à distance			

GIR (si connu) : Score MMS : Date :

Douleurs : Physique : oui non
 Morale : (anxiété, pleurs, dépression, ...) oui non

Comportement :

	LE JOUR		LA NUIT	
	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Agitation - Agressivité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Déambulation	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sorties inopinées - fugues	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Apathie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Désinhibition	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Délires Hallucinations	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Cris - Hurllements	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Nature des soins techniques infirmiers :

.....

Nom et coordonnées du médecin ayant complété ce document :

Cachet et signature :

Date :