

REPÉRAGE DE FRAGILITÉS PAR L'INTERVENANT À DOMICILE

Nom de la personne Age ans

Nom de l'aidant [préciser si personne seule ou situation familiale]
.....

Outil de repérage complété par

Fonction

En date du / /

J'observe un changement chez la personne accompagnée et/ou son aidant

Problèmes de médicament

Préciser

Problèmes de mobilité, risques de chutes

Préciser

Problèmes d'alimentation, d'hydratation, de gestion des aliments et repas

Préciser

Problèmes de comportement, d'humeur, de mémoire, de repérage dans la journée ou dans les lieux

Préciser

Problèmes dans les actes essentiels

de la vie quotidienne : habillage, toilette, gestion de l'élimination urinaire et fécale

Préciser

**Problèmes récents avec l'entourage : isolement social et/ou familial,
épuisement et/ou difficultés récentes du (des) aidants, suspicion de maltraitance**

Préciser

**Autres constats inhabituels : Fatigue, plainte, douleur, problème de gestion d'argent, des courses, troubles visuels,
troubles auditifs, problème d'hygiène du logement, consommation d'alcool ...etc...**

Préciser

COMPLÉMENT AU REPÉRAGE DE FRAGILITÉS PAR LE RESPONSABLE DE SERVICE

Grille effectuée par Le / /

MÉDICAMENT

	OUI	NON
Automédication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surdosage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non prise de traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mélange de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOBILITÉ

Perte d'équilibre, risque de chute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Fréquence ou date de la dernière chute		
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NUTRITION ET HYDRATATION

Refus de s'alimenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème d'hydratation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déséquilibre alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés motrices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème de dentition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mauvaise gestion des denrées périssables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté récente pour confectionner les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>