

## 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"/>