GRILLE DE REPÉRAGES DE FRAGILITÉS

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 .....

.....

GRILLE DE REPÉRAGES DE FRAGILITÉS

COMPLÉMENT AU REPÉRAGE DE FRAGILITÉS PAR LE RESPONSABLE DE SERVICE

Grille effectuée par ..... **Le** ..... / ..... / .....

MÉDICAMENT	**OUI**	**NON**
Automédication	☐	☐
Surdosage	☐	☐
Non prise de traitement	☐	☐
Mélange de médicaments	☐	☐
Autre	☐	☐

MOBILITÉ		
Perte d'équilibre, risque de chute	☐	☐
Marche difficile	☐	☐
Chute	☐	☐
> Fréquence ou date de la dernière chute		
Autre	☐	☐

NUTRITION ET HYDRATATION		
Refus de s'alimenter	☐	☐
Problème d'hydratation	☐	☐
Déséquilibre alimentaire	☐	☐
Difficultés motrices	☐	☐
Problème de dentition ☐ **OUI** ☐ **NON** Date dernière visite chez le dentiste		
Mauvaise gestion des denrées périssables	☐	☐
Difficulté récente pour confectionner les repas	☐	☐
Autre	☐	☐

mcomm