

FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES POUR L'EVALUATION DE L'AUTONOMIE (CONDITIONS DE VIE AVANT L'ADMISSION) (à compléter par la personne concernée)

NOM :

Prénom :

SOINS ET AIDES EXISTANTS AVANT L'ADMISSION

Hébergement en établissement	Avec convention tripartite	OUI	NON
	Sans convention tripartite	OUI	NON
Soins par infirmiers libéraux		OUI	NON
Soins par service de soins infirmiers à domicile		OUI	NON
Aide ménagère (en nombre d'heures par semaine)			
Garde à domicile	Jour	OUI	NON
	Nuit	OUI	NON
Portage de repas		OUI	NON
téléalarme		OUI	NON
Autres (précisez)			
Aides techniques	Cannes	OUI	NON
	déambulateur	OUI	NON
	Fauteuil roulant	OUI	NON
	Lit médicalisé	OUI	NON
	Matériel à usage unique pour Incontinence	OUI	NON
	Autres (précisez)		

CONDITIONS DE VIE HABITUELLE

Réseaux personnels	Vit totalement seul(e)	OUI	NON
	Vit seul(e) mais entourée (famille, amis)	OUI	NON
	Vit avec une personne dépendante	OUI	NON
	Vit avec une personne autonome	OUI	NON
Logement	Isolé, inadapté ou insalubre	OUI	NON