

6. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE							
Entourage	Seul	Avec aide	Dépendant	Logement	Seul	Avec aide	Dépendant
Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aller à la selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'asseoir/Se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire ses courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire la lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se coucher/Se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins spécifiques	Oui	Non		Moyens aux. et matériel	Oui	Non	
Soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Prothèse dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Appareil(s) acoustique(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Matelas anti-escarre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trachéostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre :				Oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sommeil / rythme	Oui	Non		Respiration	Oui	Non	
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sans problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avec médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Incontinence	Oui	Non		Tendance aux chutes	<input type="checkbox"/> <th><input type="checkbox"/> <th></th> </th>	<input type="checkbox"/> <th></th>	
Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Risque de fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Etat psychique	Oui	Non	
Comportement	Oui	Non		Sans problème	<input type="checkbox"/> <th><input type="checkbox"/> <th></th> </th>	<input type="checkbox"/> <th></th>	
Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Orienté dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Orienté dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Reconnait les personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Etat dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Agressivité gestuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Régime alimentaire Oui Non - préciser :

Fumeur Oui Non - préciser :

MRSA Oui Non - préciser :

Étiquette :



Nom :

Prénom:

Date de naissance : _ / _ / _ _ _

Nom de l'infirmière :

Date :