

**DANS LE BUT DE MIEUX VOUS ACCOMPAGNER
NOUS VOUS DEMANDONS DE BIEN VOULOIR FAIRE REMPLIR CE
DOCUMENT PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT
ET/OU PAR VOTRE INFIRMIERE.**

Nom de votre Médecin traitant : Tél. :

Nom de votre Infirmière : Tél. :

Nom : Prénom :

Mettre une croix :

Êtes-vous totalement autonome dans les actes suivants de la vie quotidienne :

-**Se lever** : Oui Non Si non, précisez :

-**Faire sa toilette** : Oui Non Si non, précisez :

-**S'habiller** : Oui Non Si non, précisez :

-**S'alimenter** : Oui Non Si non, précisez :

Marche : Seul sans aide Avec canne Avec déambulateur

Vision : Aucun problème Port de lunette Fortement altérée

Audition : Normale Port d'appareil auditif Surdité

Addiction : Alcool Tabac Autres : Sans

Êtes-vous diabétique : Oui Non

Suivez-vous un régime spécifique : Oui Non

Si oui, précisez :

Autres commentaires :
.....
.....
.....

En date du :

Merci