

<b>Nom:</b>		<b>Prénom:</b>		<b>Numéro dossier:</b>		<b>Etage et chbre:</b>		<b>Date:</b>	
<b>Mental</b>					résultat	<b>Domestique et Social</b>			résultat
Cohérence	A	B	C		Gestion	A	B	C	
Orientation	A	B	C		Cuisine	A	B	C	
					Ménage	A	B	C	
<b>Corporel</b>						Transports	A	B	C
Toilette haut	A	B	C		Achats	A	B	C	
Toilette bas	A	B	C		Suivi traitement	A	B	C	
Habillage haut	A	B	C		Activ. Tps libre	A	B	C	
Habilage moyen	A	B	C						
Habillage bas	A	B	C					GIR	
Se servir	A	B	C		<b>commentaires:</b>				
Manger	A	B	C						
Elim. Urinaire	A	B	C						
Elim. Anale	A	B	C						
<b>Déplacement</b>									
Transfert	A	B	C						
Déplac. Intérieur	A	B	C						
Déplac. Extérieur	A	B	C						
Commun. Alerter	A	B	C						
<b>Informations</b>									
					<i>Alcool</i>	<i>Tabac</i>	<i>Sans</i>	<i>Autres :</i>	
<b>Nom du médecin ayant évaluée</b>									
<b>Téléphone</b>					<b>Diabète</b>				
					<i>Oui</i>	<i>Non</i>			
<b>Régimes spécifiques :</b>							<i>Si oui, précisez :</i>		
					<i>Oui</i>	<i>Non</i>			