

Fiche de renseignements médicaux

A faire remplir par votre médecin traitant

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

POIDS : TAILLE :

ANTECEDENTS :

.....

.....

PATHOLOGIES ACTUELLES :

.....

.....

TRAITEMENTS A L'ENTREE :

.....

.....

ALLERGIES :

VACCINS :

REGIME :

PACE MAKER :

AUTRES PROBLEMES :

.....

.....

DATE

CACHET ET SIGNATURE
DU MEDECIN TRAITANT

NOM et Prénom

Date de naissance

Date de l'évaluation

(ou étiquette)

AGGIR

Fait, mais pas :

Ne fait pas

S T C H

Fait, aucun adverbe
ne pose problème

	↓	↓				↓
	C	B				A
1. Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Toilette						
- haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Élimination						
- urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Habillage						
- haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alimentation						
- se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Orientation						
- dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cohérence						
- communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spontanément

Correctement

Totalement

Habituellement

C – NE FAIT PAS : la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faut tout refaire. Si la case NE FAIT PAS est cochée, il est inutile de cocher les 4 suivantes (STCH).

B – S T C H : l'activité est en partie assurée par la personne seule. Dans ce cas identifier 1 ou 2 ou 3 adverbes, celui ou ceux qui posent problème, et qui rend ou rendent indispensable l'intervention d'un tiers

A – AUCUN ADVERBE NE POSE PROBLEME : l'activité est réalisée à la seule initiative de la personne, en totalité et correctement, chaque fois que nécessaire.

Nom de l'évaluateur et signature