



RÉSIDENCE SANS SOUCI

MAISON DE REPOS / MAISON DE REPOS ET DE SOINS

BILAN MÉDICAL

Je soussigné(e)

médecin traitant de Madame/Monsieur

CRITÈRE	1	2	3	4
SE LAVER	Est capable de se laver entièrement sans aucune aide ☐	A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture ☐	A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture ☐	Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture ☐
S'HABILLER	Est capable de s'habiller et de se déshabiller entièrement sans aucune aide ☐	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets) ☐	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture ☐	Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture ☐
TRANSFERT ET DÉPLACEMENTS	Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers ☐	Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...) ☐	A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements ☐	Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer ☐
ALLER À LA TOILETTE	Est capable d'aller seul(e) à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer ☐	A besoin de l'aide pour un des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer ☐	A besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer ☐	Doit être entièrement aidé pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer ☐

CONTINENCE	Est continent pour les urines et les selles	Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	Est incontinent pour les urines et les selles
	☐	☐	☐	☐
MANGER	Est capable de manger et de boire seul	A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	Le patient est totalement dépendant pour manger ou boire
	☐	☐	☐	☐

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE SPATIO-TEMPORELLE

CRITÈRE	1	2	3	4
TEMPS (2)	Pas de problème	De temps en temps, rarement des problèmes	Des problèmes presque chaque jour	Totalement désorienté ou impossible à évaluer
	☐	☐	☐	☐
LIEU (2)	Pas de problème	De temps en temps, rarement des problèmes	Des problèmes presque chaque jour	Totalement désorienté ou impossible à évaluer
	☐	☐	☐	☐

CARACTÉRISTIQUE DU COMPORTEMENT	DESCRIPTION DES PROBLÈMES
Difficultés d'expression via discussion et/ou expression	
Dérangement verbal crier sans raison et/ou déranger les autres en criant et/ou en hurlant	
Perte de notions de bienséance. Comportement inadapté devant le couvert et la nourriture, se dévêtir intempestivement, uriner en dehors des commodités, cracher...	
Comportement agité. Difficulté relationnelle et caractérielle et/ou auto-agressif et/ou agité psychomoteur (déambulation, fugue...)	
Comportement destructeur. Agressivité envers matériaux, objets environnants : mobilier, vêtements, revues et/ou agressivité envers tiers	
Comportement nocturne. Déambuler, déranger les autres, confondre jour/nuit	

Fait à, le

Signature du médecin traitant