



# INDEPENDANCE FONCTIONNELLE

## Poids :

Le patient est capable de :      Sans aide      Aide partielle      Aide totale

S'alimenter :			
Faire sa toilette :			
S'habiller :			
Se lever de son lit :			
Aller aux toilettes :			

Se déplacer :			
Avec canne(s) :			
Avec déambulateur :			
Avec fauteuil roulant :			
Monter les escaliers :			

Troubles du comportement :       OUI       NON

Vision :      Normale      Diminuée      Appareillée

Audition :      Normale      Diminuée      Appareillée

	NON	OUI
Troubles de conscience :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trachéotomie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxygène :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voie veineuse centrale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escarre(s) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pansements :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consignes particulières :	Lit strict	<input type="checkbox"/> jusqu'au :
	Traction jusqu'au :	Poids :      kg

Glasgow :

VEMS :      CV :      (débit : l/mn)

Localisation :

Appareillage :

\* type :  
stomie, orthèse, prothèse

Incontinence urinaire :

\* sonde à demeure :

\* sondages intermittents :

\* protections :

Incontinence anale :

Fonctions supérieures :

\* Troubles d'expression :

\* Troubles de compréhension :

\* Troubles de mémoire :

NON      OUI

--	--



## OBJECTIFS DE READAPTATION

- Soins médicaux (spécifiques ou non)
- Introduction / suivi / arrêt de traitement médicamenteux
- Education thérapeutique, maladies chroniques, douleurs chroniques, ...
- Réadaptation - Réinsertion sociale / professionnelle
- Rééducation spécifique ou non
- Soins palliatifs

Détailler:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

EVALUATION psychomotrice

OUI - NON



Fiche n°6 : NEW/AGGIR

Etiquette résident

S = Spontanément  
T = Totalement  
C = Correctement  
H = Habituellement

Date :

Cocher les cases S-T-C-H quand les conditions pour un adverbe ne sont pas remplies

	Ne fait pas	S	T	C	H
1- Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Déplacements intérieurs	<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"/>
	Bas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Elimination	Urinaire <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"/>
5- Habillage	Haut <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"/>
	Bas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Alimentation	Se servir <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"/>
8- Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Déplacements extérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Activités de temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Orientation	Dans le temps <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"/>
17- Cohérence	Communication <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"/>

GIR