

CONNAISSANCE PATIENT

Afin de préparer votre séjour dans notre service, merci de compléter ce document :

DEPLACEMENT :

- ☐ Autonome
- ☐ Marche avec aide
- ☐ Marche avec canne
- ☐ Marche avec déambulateur
- ☐ Déplacement en fauteuil roulant

TRANSFERT :

- ☐ Autonome
- ☐ Aide partielle (préciser :)
- ☐ Aide totale

ALIMENTATION/TEXTURE

- ☐ Normal
- ☐ Haché
- ☐ Mixé
- ☐ Liquide

ALIMENTATION/REGIME

- ☐ Sans viande
- ☐ Sans porc
- ☐ Sans sel
- ☐ Sans gluten
- ☐ Diabétique
- ☐ Allergie :

PRISE DES REPAS :

- ☐ Autonome
- ☐ Aide partielle
- ☐ Aide totale

TOILETTE :

- ☐ Autonome
- ☐ Aide partielle
- ☐ Aide totale

ELIMINATION :

- ☐ Continent
- Incontinence fécale : partielle ☐ totale ☐
- Incontinence urinaire : partielle ☐ .totale ☐
- ☐ Sonde à demeure

COMMUNICATION :

- ☐ Muet
- ☐ Sourd
- ☐ Difficulté de communication
- ☐ Langue étrangère

CONFORT/SECURITE :

- ☐ Risque de chute
- ☐ Risque de fugue
- ☐ Agitation
- ☐ Désorientation