3. Prises en charges thérapeutiques

! Indiquez les prises en charges thérapeutiques présentes de manière prolongée et pouvant avoir des répercussions sur la vie du patient du fait de mode d'administration, de temps de traitement, de répétitions, d'effets secondaires, de contraintes géographiques, etc. (chimiothérapie, dialyse, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Perspective d'évolution de l'atteinte de l'autonomie

Cochez la case qui correspond le mieux à la situation du patient

Amélioration (précisez la durée prévisible des limitations fonctionnelles : < 1 an > 1 an)

Stabilité Aggravation Évolutivité majeure Non définie

5. Mobilité – Déplacements

Précisez le périmètre de marche : < 200 m > 200 m

Le patient a-t-il :

- une station debout pénible ? Oui Non
- une prothèse externe des membres inférieurs ? Oui Non
- une oxygénothérapie pour tous ses déplacements ? Oui Non

Pour ses déplacements, le patient a-t-il besoin systématiquement :

- d'une aide humaine (quelles que soient les difficultés rencontrées) ? Oui Non
- d'une canne ? Oui Non
- d'un déambulateur ? Oui Non
- d'un fauteuil roulant ? Oui Non
- d'une autre aide technique ? Oui Non (précisez) :

6. Évaluation de la perte d'autonomie

Mobilité, manipulation et capacité motrice	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
Assurer ses transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Se déplacer à l'intérieur du domicile				
Se déplacer à l'extérieur du domicile				
Avoir la préhension manuelle				
Avoir des activités de motricité fine				

Précisions :

.....

.....

.....

L'annexe continue page suivante →

Autres actes essentiels de la vie quotidienne	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
Faire sa toilette				
S'habiller, se déshabiller				
Manger et boire des aliments préparés				
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire				
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale				

Précisions :

.....

.....

.....

Cognition / Capacité cognitive	Réalisé seul et/ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
S'orienter dans le temps				
S'orienter dans l'espace				
Gérer sa sécurité personnelle				
Maîtriser son comportement				

Précisions :

.....

.....

.....

Cohérence des réponses aux questions ? Oui Non

Si connu, indiquez le score *Mini mental state* (MMS) :

Précisions :

.....

.....

.....

7. Déficiences sensorielles

En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif, merci de joindre le compte-rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (Volet 1 du Cerfa n° 15695*01-certificat médical MDPH).

En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif, merci de joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (Volet 2 du Cerfa n° 15695*01-certificat médical MDPH).

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre.

Fait à :

Le :

Cachet du médecin ou numéro au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) :

Signature du médecin :