

NOM :

PRÉNOMS :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

DOMICILE :

ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

PHYSIQUE

APPRÉCIATION MÉDICALE

Se déplace :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - par ses propres moyens : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - avec une aide technique (canne, déambulateur) : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

OÛÏE

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - normale | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - compréhension difficile | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - surdité | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

VUE :

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - normale | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - g ne dans la vie quotidienne | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - cécité | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

CAPACITÉ   ACCOMPLIR SEUL(E) LES GESTES SUIVANTS :

- | | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| - se lever | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - faire sa toilette | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - s'habiller | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - manger | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

APTITUDE À LA VIE EN COLLECTIVITÉ :

- Autonomie physique Oui Non
- Autonomie du raisonnement Oui Non
- Tendance à la neurasthénie Oui Non
- Affection actuelle ou antérieure Oui Non
.....
- Maladie contagieuse Oui Non
.....

AUTRES APPRECIATIONS DU MEDECIN :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

A LE

(Signature et cachet du Médecin)

IMPORTANT :

Un certificat médical à jour sera demandé en cas de délai important entre l'inscription et l'admission à la Résidence-Autonomie.