

FICHE D'AUTONOMIE

A remplir par la famille ou le médecin traitant

Nom / Prénom du résident :

Date :

Entourer la situation adéquate

ORIENTATION	Orienté dans le temps Orienté dans l'espace	Parfois désorienté dans le temps Parfois désorienté dans l'espace	Désorienté dans le temps Désorienté dans l'espace	
COMPORTEMENT	Comportement adapté	Comportement parfois inadapté : - Possible agitation - Possible agressivité - Risque de fugue	Comportement totalement inadapté - Agitation - Agressivité - Déambulation - Risque important de fugue	
AUDITION appareillé Oui Non	Entend bien	Difficultés minimales dans un environnement bruyant	N'entend que dans certaines situations	Atteintes graves n'entend pratiquement rien
COMMUNICATION	Est compris	Est généralement compris (difficulté à trouver ses mots)	Est parfois compris (capacité limitée à l'expression de demandes concrètes)	Rarement ou jamais compris
	Pas de difficulté de compréhension	Trouble léger de la compréhension	Troubles sévères de la compréhension	Ne comprend pas
VISION appareillé Oui Non	Bonne	Un peu déficiente (ne lit que les gros caractères des journaux)	Déficiente (vision limitée, ne lit pas les titres des journaux, reconnaît les objets)	Non voyant
HUMEUR	Normale	Pensées morbides répétées	Pleurs fréquents	Troubles du sommeil

TOILETTE	Aucune aide	Supervision (surveillance seulement)	Aide partielle	Dépendance totale
HABILLAGE	S'habille seul	Besoin d'aide pour se chausser	besoin d'aide partielle	ne fait pas seul
DEPLACEMENT	Autonome	Canne / déambulateur	Fauteuil roulant	Ne se déplace pas seul
ELIMINATION Protection Jour Nuit	Pas d'incontinence	Incontinence Occasionnelle Urines selles	Incontinence nocturne Urines selles	Incontinence totale Urines selles
CHUTES Barrières au lit Contention au fauteuil	Pas de chute	Démarche instable	A risque de chute	A risque important de chute
ALIMENTATION Appareil dentaire Haut bas	Poids : Taille :	Mange seul Oui Non	Alimentation Normale Hachée Mixée	Troubles de la déglutition Oui Non
MEDICAMENTS	Prend seul	Prend seul si distribution	A faire prendre	
ETAT CUTANE Matelas anti -escarres	Pas d'altération	Sensibilité	Lésions	Escarres Ulcères
SOMMEIL	Dort Bien	Dort avec somnifère	Troubles du sommeil	
RESPIRATION	Sans gêne	Essoufflement à la marche	Essoufflement au repos	Oxygénothérapie Appareil de ventilation