



**Addictions :** Tabac :  oui  non  
 Alcool :  oui  non  
 Autre : .....

**Etat nutritionnel :** Poids : .....  
 Taux d'albumine si connu : .....  
 Troubles de l'appétit (refus alimentaire, anorexie...) :  oui  non  
 Fausses routes :  oui  non  
 Régimes : .....  
 Allergies alimentaires : .....

**Evaluation de la dépendance au moment de la demande :**

|                            | A<br>(Fait seul) | B<br>(Avec aide) | C<br>(Ne fait pas) |
|----------------------------|------------------|------------------|--------------------|
| Orientation                |                  |                  |                    |
| Cohérence                  |                  |                  |                    |
| Toilette                   |                  |                  |                    |
| Habillage                  |                  |                  |                    |
| Alimentation               |                  |                  |                    |
| Elimination                |                  |                  |                    |
| Transferts                 |                  |                  |                    |
| Déplacements               |                  |                  |                    |
| Déplacements à l'extérieur |                  |                  |                    |
| Communication à distance   |                  |                  |                    |

GIR (si connu) : ..... Score MMS : ..... Date : .....

**Douleurs :** Physique :  oui  non  
 Morale : (anxiété, pleurs, dépression, ...)  oui  non

**Comportement :**

|                            | LE JOUR                      |                              | LA NUIT                      |                              |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Agitation - Agressivité    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Déambulation               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Sorties inopinées - fugues | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Apathie                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Désinhibition              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Délires Hallucinations     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Troubles du sommeil        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Cris - Hurllements         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

**Nature des soins techniques infirmiers :**

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

**Nom et coordonnées du médecin ayant complété ce document :**

.....  
 .....

**Date :**

Cachet et signature :