

Fiche Essentiel Parcours

Nom : _____ Prénom : _____ Date : _____ Evalueur : _____

Accepte l'évaluation Gériatrique Standardisée ☐ Oui ☐ Partiellement ☐ Non

Accepte des interventions à domicile ☐ Oui ☐ Partiellement ☐ Non

Conditions de vie ☐ Seule ☐ En collectivité
☐ Vit avec un de ses parents
☐ Vit avec une personne du même âge
☐ Vit avec une personne plus jeune

Déficit auditif	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Déficit visuel	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Troubles de la continence	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Troubles thymiques	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Troubles du comportement	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Instabilité à la marche	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Fausse routes	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Aide humaine	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Aide technique	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Téléalarme	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Directives anticipées	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Plan garance	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Connu d'un autre réseau	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas

Transfert/déplacement ☐ Aide humaine ☐ Aide technique
☐ Seul ☐ Confiné lit / fauteuil
☐ Ne sait pas

Accès au logement ☐ Ascenseur ☐ Escalier
☐ Plain pied ☐ Rampe d'accès
☐ Ne sait pas

Ergonomie des lieux ☐ Adaptés à une mobilité réduite
☐ Non adaptés à une mobilité réduite
☐ Ne sait pas

Troubles cognitifs ☐ Débutants ☐ Modérés
☐ Sévères ☐ Non
☐ Ne sait pas

