



Mode de vie

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

CADRE DE VIE

- **Lieu de vie :** ☐ Urbain ☐ Rural ☐ Isolé
- **Logement :** ☐ Appartement ☐ Maison ☐ Autre : _____
☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Logé(e) gratuitement
- **Accès au bâtiment :** ☐ Escalier ☐ Plain-pied
- **Accès au logement :** ☐ Escalier ☐ Ascenseur ☐ Rampe d'accès ☐ Pas d'étage (plain-pied)

ERGONOMIE DES LIEUX / EQUIPEMENT DES LIEUX

Evaluation de l'ergonomie des lieux pour les déplacements, les transferts ou les activités de la vie journalière, **évaluation de l'équipement des lieux :**

CUISINE : ☐ Ergonomie adaptée ☐ Difficultés observées :

Equipement présent (micro-ondes, réfrigérateur, type cuisinière) :

Aménagement spécifique présent :

SALLE DE BAIN : ☐ Ergonomie adaptée ☐ Difficultés observées :

Equipement présent :

Aménagement spécifique présent (douche, baignoire, barre d'appui) :

CHAMBRE : ☐ Ergonomie adaptée ☐ Difficultés observées :

Equipement présent :

Aménagement spécifique présent (lit médicalisé, potence, chaise percée) :

WC : ☐ Ergonomie adaptée ☐ Difficultés observées :

Aménagement spécifique présent (rehausseur WC, barre d'appui) :

SALON / SEJOUR : ☐ Ergonomie adaptée ☐ Difficultés observées :

Equipement présent :

Aménagement spécifique présent :

ENTRETIENS ET COURSES

- **Fait ses courses :** ☐ Seule ☐ Accompagné(e) par : _____ ☐ Non, effectuées par : _____
- **Entretien du logement :** ☐ Seul ☐ Avec aides ☐ Non
- **Entretien du réfrigérateur :** ☐ Seul ☐ Avec aides ☐ Non
- **Contenu du réfrigérateur :** ☐ + 3 aliments frais ☐ - 3 aliments frais ☐ Présence d'aliments périmés

Commentaires : précisez par ex. les besoins d'aménagement, les demandes de la personne ou de l'entourage sur le cadre de vie, les éléments qui indisposent Monsieur ou Madame : _____