

FICHE D'AUTONOMIE

NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE :

VENTILATION	Normale <input type="checkbox"/>	Dyspnée <input type="checkbox"/>	Appareil à apnée <input type="checkbox"/>	Oxygène <input type="checkbox"/>	
ETAT CUTANE	Peau saine <input type="checkbox"/>	Fragile à surveiller, sans lésions <input type="checkbox"/>	Lésions moyennes, pansement simple <input type="checkbox"/>	Plaies chirurgicales <input type="checkbox"/>	Plaies chroniques, pansements complexes* : <input type="checkbox"/>
DEPLACEMENT	Autonome <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>	Cannes <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Appui jambier <input type="checkbox"/>
TRANSFERTS	Autonome <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>	Lève malade <input type="checkbox"/>	Appui interdit* :
TOILETTE	Autonome <input type="checkbox"/>	A stimuler, guider <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>	
HABILLAGE	Autonome <input type="checkbox"/>	S'habille seul avec surveillance <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>	
ELIMINATION Urinaire	Continent <input type="checkbox"/>	Incontinence occasionnelle <input type="checkbox"/>	Incontinence totale <input type="checkbox"/>	Stomie <input type="checkbox"/>	Sonde urinaire <input type="checkbox"/>
ELIMINATION Fécale	Continent <input type="checkbox"/>	Incontinence occasionnelle <input type="checkbox"/>	Incontinence totale <input type="checkbox"/>	Stomie <input type="checkbox"/>	
ALIMENTATION	Autonome <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>	Risque de fausses routes <input type="checkbox"/>	Régime* :
COMMUNICATION	Sans difficultés <input type="checkbox"/>	Expression difficile <input type="checkbox"/>	Trouble auditif <input type="checkbox"/>	Trouble visuel <input type="checkbox"/>	
TROUBLES DE LA CONSCIENCE, COGNITIFS	Lucide, orienté <input type="checkbox"/>	Désorientation légère <input type="checkbox"/>	Confusion <input type="checkbox"/>	Troubles cognitifs majeurs <input type="checkbox"/>	
COMPORTEMENT	Adapté <input type="checkbox"/>	Calme <input type="checkbox"/>	Ralentissement <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/>	Agitation <input type="checkbox"/> Déambulation <input type="checkbox"/>	Agressivité <input type="checkbox"/>

* à préciser

Fait à :, le :
 Nom :
 Signature :