

QUESTIONNAIRE D'AUTONOMIE

A compléter par votre médecin

Nom/Prénom :

Date de naissance :

Numéro de dossier :

CONSEQUENCES DES DEFICIENCES

TRANSFERTS ET DEPLACEMENTS

	Seul(e)	Aide partielle	Aide totale
Se lève seul du lit et se couche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lève d'une chaise/fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monte un escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A l'intérieur

Canne(s)	Type :	Si cannes : Nombres 1 ou 2
Déambulateur	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

A l'extérieur

Canne(s)	Type :	Si cannes : Nombres 1 ou 2
Déambulateur	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

Périmètre de marche (sans arrêt) : Mètres

COMPORTEMENT

	NON	OUI
Capable d'initiatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possibilité de rester seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désorientation (Temps/espace)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risques de fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication à distance (utilise le téléphone, sonnette, alarme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIERCE PERSONNE

Vit seul (e)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Aidé par ?
--------------	------------------------------	------------------------------	------------

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

Nature :

Tolérance (Préciser les effets indésirables notamment pour les psychotropes, la chimiothérapie, les immunosuppresseurs,...):

Fréquence des hospitalisations et/ou nécessité de rééducations spécialisées :

RETENTISSEMENT DU HANDICAP SUR L'APTITUDE AU POSTE DE TRAVAIL ACTUEL

Aménagement du poste, horaires, difficultés, déplacement, absentéisme,.... :

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

Nom du médecin du travail et joindre copie de la fiche d'aptitude :

AUTONOMIE CORPORELLE

Alimentation	Seul (e)	Avec aide partielle ou surveillance et stimulation	Avec aide totale
Mange (porte les aliments à la bouche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coupe ses aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sert à boire, ouvre ses yaourts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités ménagères (ménage, préparation des repas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOILETTE

Toilette haut du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette bas du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bains-Douches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise les W.C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HABILLAGE

Habillage haut du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage bas du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boutonnage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SPHINCTERS

Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> occasionnelle	<input type="checkbox"/> permanente	<input type="checkbox"/> Non
Incontinence anale	<input type="checkbox"/> occasionnelle	<input type="checkbox"/> permanente	<input type="checkbox"/> Non

Date : Cachet du médecin