



DEMANDE D'ORIENTATION EN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL
Rapport d'autonomie

Nom :
Prénom :
Date de naissance.....

Réalisé par :
Fonction :
Date :

I. Comportement

Peut exprimer ses besoins par la parole

Comprend les ordres simples

Comprend des consignes plus élaborées

Confus

Fugue

Agressivité
(hétéro ou auto)

II. Alimentation

Nécessité d'une aide

Ponctuelle
Aliment à la cuillère
Repas mixés

Sonde de gavage

Fausses routes

III. Dépendance sphinctérienne

Selles

Continent
Incontinent le jour
la nuit
(accidentel ou permanent)

Urines

Continent
Incontinent le jour
la nuit
(accidentel ou permanent)



IV. Toilette – Habillage

Toilette

Seul
Aide partielle
Aide totale

Habillage

Seul
Aide partielle
Aide totale

V. Transports et déplacements

Se déplace seul

Déambulation difficile

Béquillage possible

Position assise possible

Se déplace en fauteuil

Seul
Véhiculé passivement

Transport lit fauteuil

Seul
Aidé

Alité en permanence

VI. Surveillance

Non nécessaire

Partielle

Permanente

VII. Capacités occupationnelles

S'intéresse et est capable d'activités simples
(jardinage, promenade)

A besoin d'être stimulé pour participer à une activité
Incapable de soutenir une activité

VIII. Traitements médicamenteux

Pas de traitement

Capable de le prendre seul

A besoin d'une aide pour la préparation et la prise

Doit être aidé totalement pour le prendre