



**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