



EHPAD SAINT-FRANÇOIS

Tél : 0262 90 87 69 – Fax : 0262 90 87 52 – E mail : secdirection.mdr@asfa.re

B. P. 840 – 97476 Saint-Denis Cedex

OBSERVATION MEDICALE DU FUTUR RESIDENT A faire remplir par votre médecin

NOM: _____ PRENOM : _____

Date de naissance:

Adresse:

N° de téléphone :

ANTECEDENTS PERSONNELS :

MEDICAUX :

CHIRURGICAUX :

TRAITEMENT ACTUEL :

EVALUATION : AUTONOMIE – DEPENDANCE

NOM – PRENOM : _____

Degré de dépendance (GIR 1/2/3/4/5 ou 6) : _____

	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
MARCHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESCALIER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOILETTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OUI	NON	
INCONTINENCE URINAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
INCONTINENCE ANALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	NORMALE	AFFAIBLIE	NULLE
VISION			
AUDITION			

ETAT NEUROPSYCHIQUE :

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

Fait à _____, le

Signature et cachet du médecin