

**EVALUATION DE LA DEPENDANCE**

DATE : \_\_\_\_\_

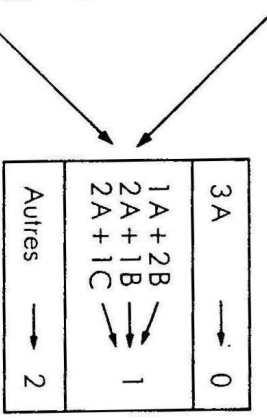
NOM : \_\_\_\_\_

RESIDENCE : \_\_\_\_\_

SOINS PERSONNELS	A	B	C
• Alimentation			
• Toilette			
• Habilillage			

BESOINS DE SANTE	A	B	C
• Surveillance et soins médicaux			
• Surveillance et soins infirmiers			
• Indication de rééducation			



	0	1	2
SOINS PERSONNELS			
DEPENDANCE SPHINCTERIEENNE			
TRANSFERTS ET DEPLACEMENTS			
DEPENDANCE PSYCHIQUE			
BESOINS DE SANTE			

→

COMMENTAIRES : \_\_\_\_\_

EVALUATEURS : \_\_\_\_\_