

EVALUATION DE LA DEPENDANCE

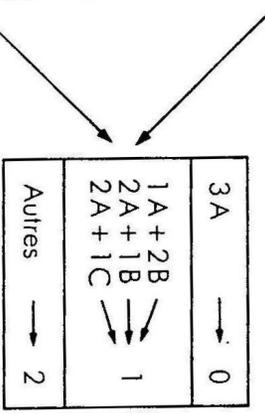
DATE : _____

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 : _____