

CONSULTATIONS GERIATRIQUES TOULOUSE GERONTOPÔLE

FICHE DE CONSULTATION

IDENTIFICATION PATIENT

Date entretien téléphonique : _____

Date de consultation : _____

Motif de consultation : _____

Nom de l'IDE : _____

- **MEDECIN** : DOCTEUR _____

- **MESURE DE PROTECTION** :

Curatelle Curatelle renforcée Tutelle

- **COUVERTURE SOCIALE** :

Mutuelle APA ALD

- **SITUATION FAMILIALE** :

Marié veuf célibataire enfants

- **CARACTERISTIQUES DE L'ACCOMPAGNANT**

Conjoint enfant autre (préciser) : _____

Coordonnées , adresse _____

NIVEAU D'ETUDE

Aucune scolarisation Primaire (certificat d'étude)
 Secondaire (collège/cap/brevet) Supérieur

CONSULTATIONS GERIATRIQUES TOULOUSE GERONTOPÔLE

-PROFESSION OU DERNIER METIER EXERCE :

MODE DE VIE ACTUEL

- Domicile seul Domicile avec conjoint
- Domicile avec famille Structure (préciser) : _____
- Autre (préciser) : _____

LIEU D'HABITATION

- Maison ◇ étage ◇ plein pied
- Appartement
- Foyer logement
- EHPAD

INTERVENANTS

- Auxiliaire de vie
- Aide-ménagère
- IDE
- Kinésithérapeute
- Portage des repas
- Téléalarme
- autre : _____

CONDUITE OUI NON

EVALUATION INFIRMIERE

CONSULTATIONS GERIATRIQUES TOULOUSE GERONTOPÔLE

paramètres vitaux

TA : _____ Pouls : _____ Poids : _____

EVA : _____

CHUTE : (< 3 MOIS) OUI NON

commentaires _____

ADL _____

commentaires _____

IADL _____ commentaires _____

Autres informations recueillies ,questions diverses :

SYNTHESE EVALUATION INFIRMIERE :

ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL)

Si Test non réalisé précisez motif :...

HYGIENE CORPORELLE

<i>Si besoin aide , noter depuis quand et par qui :...</i>	T 0
Autonomie	<input type="checkbox"/> 1
Aide partielle	<input type="checkbox"/> 0.5
Dépendant	<input type="checkbox"/> 0

HABILLAGE

<i>Si besoin aide , noter depuis quand et par qui</i>	T 0
Autonomie pour le choix des vêtements et de l'habillement	<input type="checkbox"/> 1
Autonomie pour le choix des vêtements et de l'habillement, mais besoin d'aide pour se chausser	<input type="checkbox"/> 0.5
Dépendant	<input type="checkbox"/> 0

ALLER AUX TOILETTES

<i>Si besoin aide , noter depuis quand et par qui :...</i>	T 0
Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	<input type="checkbox"/> 1
Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour s'habiller ou se déshabiller	<input type="checkbox"/> 0.5
Ne peut aller aux toilettes seul	<input type="checkbox"/> 0

LOCOMOTION

<i>Si besoin d'aide, noter par qui :...</i>	T 0
Autonomie	<input type="checkbox"/> 1
Aide partielle	<input type="checkbox"/> 0.5
Grabataire	<input type="checkbox"/> 0

CONTINENCE

<i>Si incontinence préciser si urinaire et/ou fécale :...</i>	T 0
Continent	<input type="checkbox"/> 1
Incontinence occasionnelle <input type="checkbox"/> urinaire <input type="checkbox"/> fécale	<input type="checkbox"/> 0.5
Incontinent <input type="checkbox"/> urinaire <input type="checkbox"/> fécale	<input type="checkbox"/> 0

REPAS

<i>Si besoin aide , noter depuis quand et par qui :...</i>	T 0
Mange seul	<input type="checkbox"/> 1
Aide pour couper la viande, peler les fruits	<input type="checkbox"/> 0.5
Dépendant	<input type="checkbox"/> 0

<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS	Score total IADL	/8	3
--	-------------------------	----	---

INTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (IADL)

Si Test non réalisé précisez motif :...

1 - APTITUDE A UTILISER LE TELEPHONE

Si besoin aide, noter depuis quand :...	T 0
1. Se sert normalement du téléphone	<input type="checkbox"/> 1
2. Compose quelques numéros très connus	<input type="checkbox"/> 1
3. Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	<input type="checkbox"/> 1
4. N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	<input type="checkbox"/> 0
5. Incapable d'utiliser le téléphone	<input type="checkbox"/> 0

2 - COURSES

Si besoin aide, noter depuis quand et par qui :...	T 0
1. Fait les courses	<input type="checkbox"/> 1
2. Fait quelques courses normalement (<i>nombre limité d'achats</i>)	<input type="checkbox"/> 0
3. Doit être accompagné pour faire ses courses	<input type="checkbox"/> 0
4. Complètement incapable de faire ses courses	<input type="checkbox"/> 0

3 - PREPARATION DES ALIMENTS

Si besoin aide, noter depuis quand et par qui :...	T 0
0. Non applicable, n'a jamais préparé de repas	
1. Prévoit, prépare et sert normalement les repas	<input type="checkbox"/> 1
2. Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	<input type="checkbox"/> 0
3. Réchauffe ou sert des repas qui sont préparés, ou prépare de façon inadéquate les repas	<input type="checkbox"/> 0
4. Il est nécessaire de lui préparer les repas et de les lui servir	<input type="checkbox"/> 0

4 - ENTRETIEN MENAGER

Si besoin aide, noter par qui :...	T 0
0. Non applicable, n'a jamais eu d'activités ménagères	
1. Entretien sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	<input type="checkbox"/> 1
2. Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que faire les lits, laver la vaisselle	<input type="checkbox"/> 1
3. Effectue quelques tâches quotidiennes, mais ne peut maintenir un état de propreté normal	<input type="checkbox"/> 1
4. A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien ménager	<input type="checkbox"/> 1
5. Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	<input type="checkbox"/> 0

5 - BLANCHISSERIE

Si besoin aide, noter par qui :...	T 0
0. Non applicable, n'a jamais effectué de blanchisserie	
1. Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	<input type="checkbox"/> 1
2. Lave des petits articles (<i>chaussettes, bas</i>)	<input type="checkbox"/> 1
3. Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	<input type="checkbox"/> 0

6 - MOYENS DE TRANSPORT

Si besoin aide, noter depuis quand et par qui :...	T 0
1. Utilise les moyens de transports de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	<input type="checkbox"/> 1
2. Organise ses déplacements en taxi ou n'utilise aucun moyen de transport public	<input type="checkbox"/> 1
3. Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	<input type="checkbox"/> 1
4. Déplacement limité en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	<input type="checkbox"/> 0

7 - RESPONSABILITE A L'EGARD DE SON TRAITEMENT

Si besoin aide, noter depuis quand et par qui :...	T 0
1. Est responsable de la prise de ses médicaments (<i>doses et rythmes corrects</i>)	<input type="checkbox"/> 1
2. Est responsable de la prise de ses médicaments si les doses ont été préparées à l'avance	<input type="checkbox"/> 0
3. Est incapable de prendre seul ses médicaments même si ceux-ci ont été préparés à l'avance	<input type="checkbox"/> 0

8 - APTITUDE A MANIPULER L'ARGENT

Si besoin aide, noter depuis quand et par qui :...	T 0
0. Non applicable, n'a jamais manipulé d'argent	
1. Gère ses finances de façon autonome	<input type="checkbox"/> 1
2. Se débrouille pour les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	<input type="checkbox"/> 0
3. Incapable de manipuler l'argent	<input type="checkbox"/> 0

IDE AS

Score total IADL

/8

Nombre Items Non Applicables (NA)

/8