

C.C.A.S.

Résidence Autonomie « Les Hautes Loges »

8 Rue des Pâturaux

45320 COURTENAY

A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT

TÉL. : 02.38.97.33.22

Mail : foyerlogement@orange.Fr

1. Nom

4. Date de naissance : |__| |__| |__|

2. Nom de jeune fille

3. Prénom

5. N° S.S |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|
(15 chiffres)

6. Hébergement antérieur : Pavillon Autre :
 Appartement

9. Département : |__| |__|

8. ADRESSE : rue :

Code Postal |__| |__| |__| |__| **VILLE :**

AUTONOMIE : MODELE AGGIR

Autonomie corporelle et mentale

Autonomie domestique et sociale

9. Cohérence communication |__| Comportement |__|

19. Gestion |__|

10. Orientation temps |__| espace |__|

20. Cuisine |__|

11. Toilette haut |__| bas |__|

21. Ménage |__|

12. Habillage haut |__| moyen |__| bas |__|

22. Transports |__|

13. Alimentation se servir |__| manger |__|

23. Achats |__|

14. Elimination urinaire |__| fécale |__|

24. Suivi du traitement |__|

15. Transferts |__|

25. Activités du temps libre |__|

16. Déplacement intérieur |__|

A : fait seul, spontanément, totalement, habituellement, correctement.

17. Déplacement extérieur |__|

B : fait partiellement

C : ne fait pas

18. Possibilités pour alerter |__|

Problème de santé par : _____

Date d'Entrée à prévoir en Résidence le :

Date

**Cachet &
Signature du Médecin Traitant**