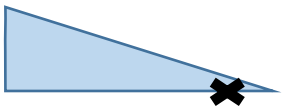
CA LS - Annexe à retourner - Niveau d'autonomie dans les activités quotidiennes

Nom : _____ **Prénom :** _____

Pour vous accompagner au mieux nous souhaitons obtenir quelques informations sur les soins qui vous sont apportés.

Veuillez placer une croix selon vos besoins.



Manger :

Autonomie *Besoin d'aide*

Boire :

Autonomie *Besoin d'aide*

Exprimer le besoin de boire ou manger :

Autonomie *Besoin d'aide*

S'habiller – se déshabiller :

Autonomie *Besoin d'aide*

Se laver :

Autonomie *Besoin d'aide*

Continence urinaire :

Autonomie *Besoin d'aide*

Continence fécale :

Autonomie *Besoin d'aide*

Occuper le temps libre :

Autonomie *Besoin d'aide*

Mémoire :

Autonomie *Besoin d'aide*

Se repérer dans le temps :

Autonomie *Besoin d'aide*

Se repérer dans l'espace :

Autonomie *Besoin d'aide*

Heure habituelle du levé et du couché :

.....

Poids approximatif de ces 10 dernières années :

.....

Eléments importants que vous aimeriez nous transmettre :

- .....
- .....
- .....
- .....