

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil
ECHELLE D'ÉVALUATION JUSTIFIANT
LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS

Identification du bénéficiaire

NOM –Prénom :
 Adresse :
 Date de naissance :
 N°d'inscription OA :

Echelle d'évaluation (à remplir par le praticien de l'art infirmier ou le médecin traitant)

CRITERE	SCORE	1	2	3	4
SE LAVER		Est capable de se laver complètement sans aucune aide	A besoin d'une aide partielle pour se laver au dessus de la ceinture	A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au dessus qu'en dessous de la ceinture	Doit être entièrement aidé pour se laver tant au dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER		Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au dessus qu'en dessous de la ceinture	Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENT		Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE		Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	A besoin de l'aide partielle de tiers pour se rendre aux toilettes ou s'habiller ou s'essuyer	Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes/ chaise percée et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE		Est continent pour les urines et les selles	Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	Est incontinent pour les urines et les selles
MANGER		Est capable de manger et de boire seul	A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	Le patient est totalement dépendant pour manger et boire

TEMPS		Pas de problème	De temps en temps, Rarement des problèmes	Des problèmes presque chaque jour	Totalement désorienté	Impossible à évaluer vu l'évolution très avancée
ESPACE		Pas de problème	De temps en temps, rarement des problèmes	Des problèmes presque chaque jour	Totalement désorienté	Impossible à évaluer vu l'évolution très avancée

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : - **La catégorie 0** **catégorie A** **Catégorie C** **Catégorie Cdément** Est demandée¹

- **Un accueil en centre de soins de jour est demandé¹**

Le praticien de l'art infirmier
(nom, date et signature)

ou le médecin- traitant
(nom, date et signature)

¹ Biffer la mention inutile.