

PROFIL D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

IDENTIFICATION DE L'USAGER

N° DOSSIER :

NOM À LA NAISSANCE :

PRENOM :

SEXE : F M

ADRESSE :

CODE POSTAL :

TÉL :

DATE NAISSANCE :

NAM : EXP : /

FORMULAIRE À COMPLÉTER SI L'USAGER EST ÂGÉ DE 75 ANS ET + OU S'IL PRÉSENTE UN PROFIL GÉRIATRIQUE OU S'IL EST À RISQUE DE DÉCLIN FONCTIONNEL

Cote ISAR (si 75 ans et +) : _____ Liste de médicaments au dossier Usage de DISPILL Trouble de l'observance Changement récent de médication

Pharmacie : _____ Tél : _____ Fax : _____

SIGNES AINÉES		Profil d'autonomie antérieure (à compléter à l'admission)		Profil d'autonomie actuelle (max 72h post-admission)		Écart*	Profil d'autonomie actuelle (à réévaluer si déclin et au congé)		Écart*
Légende : Utiliser la légende lorsque proposée ou les symboles suivants : ✓ = Oui Ø = Non *Note complémentaire obligatoire dans notes d'évolution									
Date/heure									
A	Histoire de chute dans les derniers 6 mois								
	Autonomie aux déplacements et transferts 1 : Autonome 2 : Aide partielle 3 : Aide totale 4 : supervision	Déplacements	Transferts	Déplacements	Transferts		Déplacements	Transferts	
	Aides techniques utilisées M : marchette F : fauteuil roulant L : lève-personne C : canne								
	Autonomie à l'hygiène et mode d'hygiène 1 : Autonome 2 : Aide partielle 3 : Aide totale 4 : supervision B : baignoire LT : Lit D : douche LO : lavabo	Hygiène	Mode	Hygiène	Mode		Hygiène	Mode	
	Précisions								
I	Lésion ou plaie								
	Si lésion ou plaie de pression, indiquer stade : 1, 2, 3, 4 ou X								
	Précisions								
N	Autonomie à l'alimentation / Préparation repas 1 : Autonome 2 : Aide partielle 3 : Aide totale 4 : supervision	Alimentation	Préparation	Alimentation	Préparation		Alimentation	Préparation	
	Prothèses dentaires								
	Alimentation entérale (Gavage)								
	Histoire de perte de poids								
	Difficulté à avaler								
	Précisions								
E	Autonomie à l'élimination et mode d'élimination 1 : Autonome 2 : Aide partielle 3 : Aide totale 4 : Supervision T : Toilette CA : Chaise d'aisance BU : Bassine/Urinal CP : Culotte de protection CI : Culotte d'incontinence S : Stomie (Précisez : _____)	Élimination	Mode	Élimination	Mode		Élimination	Mode	
	Incontinence U : urinaire F : fécale M : mixte								
	Sonde à demeure (Date du dernier changement : _____)								
	Précisions								

PROFIL D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

IDENTIFICATION DE L'USAGER

N° DOSSIER :

NOM À LA NAISSANCE :

PRENOM :

SEXE : F M

ADRESSE :

CODE POSTAL :

TÉL :

DATE NAISSANCE :

NAM : EXP : /

SIGNES AINÉES		Profil d'autonomie antérieure (à compléter à l'admission)			Profil d'autonomie actuelle (max 72h post-admission)			Écart*	Profil d'autonomie actuelle (à réévaluer si déclin et au congé)			Écart*
Légende : Utiliser la légende lorsque proposée ou les symboles suivants : ✓ = Oui Ø = Non *Note complémentaire obligatoire dans notes d'évolution												
E	Lucide											
	Troubles cognitifs (Précisez : _____)											
	Comportement AN : agitation AÉ : agressivité ER : errance RF : risque de fugue											
	Consommation d'alcool / tabac / drogues	Alcool	Tabac	Drogues	Alcool	Tabac	Drogues		Alcool	Tabac	Drogues	
	Délirium											
	Mesures de contrôle											
Précisions												
S	Trouble du sommeil (Précisez : _____)											
	Médication pour dormir régulier / au besoin (Précisez : _____)	Régulier	Au besoin		Régulier	Au besoin		Régulier	Au besoin			
	Précisions											
Initiales												

INFORMATIONS ADDITIONNELLES

Vit seul Vit avec : _____ L'utilisateur est seul durant la journée? Oui Non Si oui, nombre d'heures : _____

Conditions particulières

Troubles de la vision <input type="checkbox"/>	Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles cornéennes <input type="checkbox"/>	Troubles de la communication <input type="checkbox"/>
Troubles de l'audition <input type="checkbox"/>	Appareil auditif : D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	O ₂ dépendant <input type="checkbox"/>

Autres informations complémentaires

Domicile Maison Logement/Condo Ascenseurs Escaliers Nombre de marches int. : _____ ext. : _____

Résidence Autonome Semi-autonome RI CHSLD public privé Nom : _____

Connu du CLSC : Non Oui Intervenant pivot : _____ téléphone : _____

Si oui, services : _____

Attentes de l'utilisateur / famille par rapport au congé :

Signatures et titre d'emploi	Initiales	Programme/Service	Signatures et titre d'emploi	Initiales	Programme/Service