

Evaluation semestrielle des objectifs de la toilette thérapeutique

Nom du résident :

Date : .../.../...

Evaluation par :

Objectif	Pas atteint	PartielleT atteint	Atteints	Limites, difficultés	Piste d'amélioration, éléments à favoriser ou à travailler
Moment privilégié pour le résident					
Favoriser le lien, la confiance					
Sensibilise autour du maintien d'une bonne hygiène					
Maintenir une image agréable de la personne					
Faire faire et ne pas faire à la place de la personne					
Préserver l'autonomie et maintenir les gestes de la vie quotidienne					
Développer l'estime de soi à travers certains gestes (ex : mettre de la crème, se coiffer, se parfumer...)					

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

Nom du résident :

Date : .../.../...

Evaluation par :

	Fait entièrement seul		Fait en partie seul		Fait après verbalisation		Fait en montrant		Fait en guidant partiellement le geste		Se laisse guider totalement dans le geste		Ne fait pas	
	O/N	Cause	O/N	Cause	O/N	Cause	O/N	Cause	O/N	Cause	O/N	Cause	O/N	Cause
LE DESHABILLAGE														
Le haut : gilet/pull/tee-shirt, boutonnage														
Les sous-vêtements														
Le bas : Pantalon jupe														
Le bas : Chaussettes, chaussures														
L'UTILISATION DES OUTILS DE LA TOILETTE														
Gant														
Produits														
Robinet														
LA TOILETTE														
Les cheveux														
Le visage														
Les bras														
Le buste														
Le dos														
La toilette intime														
Les jambes														
LE SECHAGE														
Les cheveux														
Le visage														
Les bras														
Le buste														
Le dos														
La toilette intime														
Les jambes														
L'HABILLAGE														
Les sous-vêtements														
Le haut : gilet/pull/tee shirt, boutonnage														
Le bas : Pantalon jupe														
Le bas : Chaussettes, chaussures														
LES SOINS ESTHETIQUES														
Se mettre de la crème														
Se maquiller														
Se coiffer														
Se parfumer														
Se raser														
Se brosser les dents														

Légende :

Pour chaque item, préciser :

- O/N : Oui / Non.
- M : difficultés motrices, difficultés à exécuter certains gestes.
- P : difficultés praxiques, difficulté à réaliser des gestes avec ou sans objet.
- G : difficultés gnosique ou mnésiques, oubli des gestes ou de l'utilisation de certains objets.
- H : motivationnelle, habitude d'être assisté, manque d'envie de faire.
- Op : opposition.
- A : angoisse

Nom : Fonction :	Rédacteur Groupe de travail PASA	Validation Sylvie LACOSTE, Directrice	Conformité à la gestion qualité Audrey TINNES, Chargée Qualité
Visa :			