

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance, âge : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, .....

**Problématique générale** (analyse interdisciplinaire mettant en avant les éléments dominants, les enjeux, les ressources, les risques repérés) :

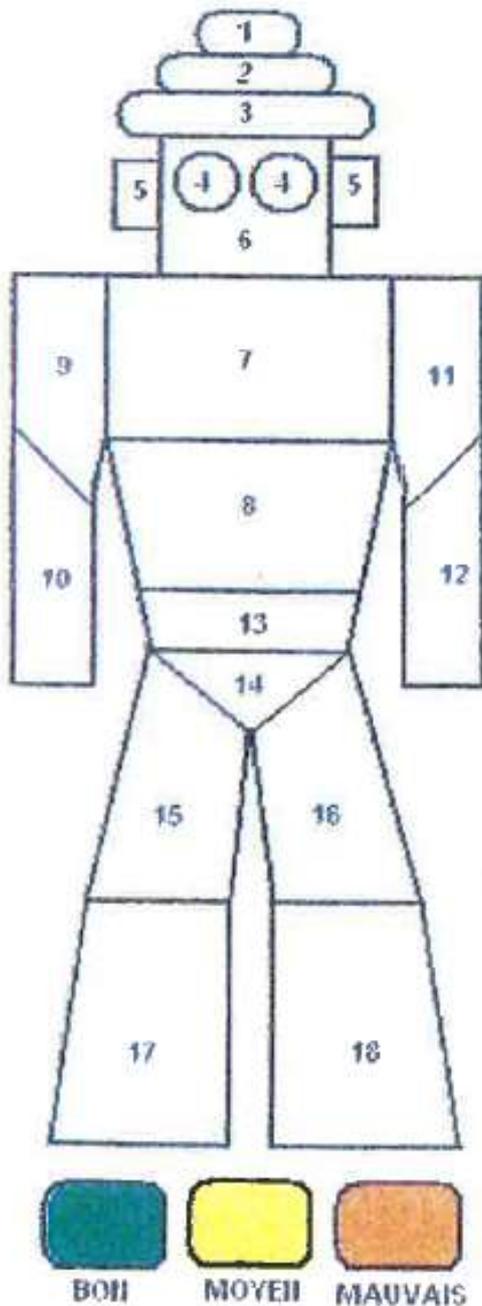
**Rappel des attentes exprimées par le résident et/ou les aidants lors du recueil de données :**

Page 1/3

<u>Nom :</u> <u>Fonction :</u>  <u>Visa :</u>	<u>Rédacteur</u> Dr Pinganaud Médecin co.	<u>Validation</u> Sylvie LACOSTE, Directrice	<u>Conformité à la gestion qualité</u> Audrey TINNES, Chargée Qualité
--	---	--	---

Nom : .....

Prénom : .....



### FONCTIONS SUPERIEURES

- 1 → la cohérence
- 2 → la mémoire
- 3 → l'orientation

### CAPACITES A COMMUNIQUER

- 4 → la vue
- 5 → l'ouïe
- 6 → la parole

### AIDE A L'AUTONOMIE

- 7 → l'hygiène haut du corps
- 8 → l'hygiène bas du corps
- 9 → l'habillement du haut
- 10 → l'habillement du bas
- 11 → s'alimente
- 12 → s'alimente seul
- 13 → la continence urinaire
- 14 → la continence anale

### LA MOTRICITE

- 15 → validité motrice
- 16 → transfert
- 17 → validité dans les parties communes
- 18 → validité dans la chambre et ses attenants

Réf Le gèronte

FIHES ACTIONS : Nom :.....

Prénom :.....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

	Propositions d'objectifs	Actions programmées	Par qui ?
Cadre de vie du résident	1 : 2 : 3 :		
Autonomie et sécurité du résident	1 : 2 : 3 :		
Autonomie relationnelle (Famille- Amis)	1 : 2 : 3 :		
Suivi médical du résident	1 : 2 : 3 :		
Soutien psychologique	1 : 2 : 3 :		
PASA	1 : 2 : 3 :		
Proposition d'animations	1 : 2 : 3 :		

