



DEMANDE D'ORIENTATION EN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL
Rapport d'autonomie

Nom :
Prénom :
Date de naissance.....

Réalisé par :
Fonction :
Date :

I. Comportement

Peut exprimer ses besoins par la parole

Comprend les ordres simples

Comprend des consignes plus élaborées

Confus

Fugue

Agressivité
(hétéro ou auto)

II. Alimentation

Nécessité d'une aide

Ponctuelle
Aliment à la cuillère
Repas mixés

Sonde de gavage

Fausses routes

III. Dépendance sphinctérienne

Selles

Continent
Incontinent le jour
 la nuit
(accidentel ou permanent)

Urines

Continent
Incontinent le jour
 la nuit
(accidentel ou permanent)

IV. Toilette – Habillage

Toilette	Seul Aide partielle Aide totale
Habillage	Seul Aide partielle Aide totale

V. Transports et déplacements

Se déplace seul Déambulation difficile Béquillage possible Position assise possible Se déplace en fauteuil	Seul Véhiculé passivement
Transport lit fauteuil	Seul Aidé
Alité en permanence	

VI. Surveillance

Non nécessaire
Partielle
Permanente

VII. Capacités occupationnelles

S'intéresse et est capable d'activités simples
(jardinage, promenade)

A besoin d'être stimulé pour participer à une activité
Incapable de soutenir une activité

VIII. Traitements médicamenteux

Pas de traitement
Capable de le prendre seul
A besoin d'une aide pour la préparation et la prise
Doit être aidé totalement pour le prendre