

Critères de fragilité

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evalueur : _____

CONTEXTE MEDICO-SOCIAL

Isolement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pauvreté	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Logement inadapté	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sédentarité (ne quitte plus son quartier)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Confinement (ne quitte plus son domicile)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Instabilité à la marche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Incontinence	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Négligence de son corps ou de son environnement (« Faisait et ne fait plus »)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Déficience auditive mal compensée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Déficience visuelle mal compensée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

CONTEXTE SANITAIRE

Démotivation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Déclin des fonctions cognitives	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Episodes de confusion	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Episodes de dépression	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Amaigrissement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Déficit nutritionnel avéré	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Poly-pathologie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Poly-médication	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hospitalisations itératives non programmées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Chute(s) avec incapacité à se relever seul(e)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

NOMBRE TOTAL DE CRITERES DE FRAGILITE : ____ / 20