

ÉVALUATION DES FRAGILITÉS - PAR LES AIDANTS/SOIGNANTS

Repérage

La personne vit-elle seule ?	Oui	Non	Ne sait pas
La personne a-t-elle perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	Oui	Non	Ne sait pas
La personne a-t-elle plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	Oui	Non	Ne sait pas
La personne se plaint-elle de la mémoire ?	Oui	Non	Ne sait pas
La personne a-t-elle une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	Oui	Non	Ne sait pas

Si vous avez répondu **oui à l'une de ces questions :**

Votre patient vous paraît-il fragile ?	Oui	Non
Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de fragilité par un professionnel formé ?	Oui	Non

Programmation

Dépistage P.1 réalisé le :

Rendez-vous programmé le :

Médecin traitant informé :

Pour la prise de rendez-vous

Nom et prénom du patient :

Date de naissance : Commune :

Nom et prénom de la personne de confiance :

Numéro de téléphone :

Transmettre la fiche à la CPTS Vallée du Ciron : coordination.vdc@gmail.com
Remettre un exemplaire au patient