

Personne qui remplit l'évaluation
Nom :
Structure:
Tél :

Informations patient	
Nom :	
Nom de jeune fille :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Tél :	
Adresse :	
Médecin traitant:	



Parcours de soin de la personne âgée

## ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL  $\geq$  5 /6), à distance de toute pathologie aiguë.

Questionnaire	oui	non	ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?			
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?			
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?			
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?			
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?			
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?			

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :	oui	non	ne sait pas
Votre patient vous paraît-il fragile?			
Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité plus approfondie (médecin traitant ou éval gériatrique)?			

REMARQUES:
------------

Consentement	oui	non	ne sait pas
Consentement pour la remise de cette fiche à la CPTS et au médecin traitant:			
Médecin traitant informé			

Signature patient:	Signature de la personne qui fait le repérage:	Repérage réalisé le :
--------------------	--	-----------------------

Faire une photo de la fiche et la transmettre sur l'application AZUREZO à la référente Parcours PA de la CPTS