

GRILLE INITIALE DE REPÉRAGE DE LA FRAGILITÉ

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

Date du repérage :

Régime :

Identité de la personne évaluée	
Nom :	
Nom de jeune fille :	
Prénom :	
Date + lieu de naissance :	
Tél :	
Adresse :	
Médecin traitant :	

ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

▶ Personne de 60 ans et plus, autonome, vivant à domicile, hors situation d'urgence.

Questionnaire	oui	non	ne sait pas
La personne vit-elle seule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne a-t-elle perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne se sent-elle plus fatiguée depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne a-t-elle plus de difficultés pour se déplacer à pied depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne a-t-elle une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne se plaint-elle de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :	oui	non	ne sait pas
La personne vous paraît-elle fragile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI, la personne accepte-t-elle la proposition d'une évaluation de la fragilité plus approfondie (RDV médecin traitant ou évaluation gériatrique DAC) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMARQUES:

La personne est aidante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Consentement	oui	non	ne sait pas
Consentement pour la remise de cette fiche à la CPTS et au médecin traitant:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consentement à l'inclusion dans le parcours et à l'utilisation des données grâce à l'outil numérique sécurisé Azurezo par les professionnels du « cercle de soin » de la personne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature du bénéficiaire du repérage :

Signature de la personne qui repère :

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