

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| Nom du médecin traitant : _____ |  <p>UNIONS RÉGIONALES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX</p> | Informations Patient | |
| Nom du professionnel ayant repéré : _____ | | Nom : _____ | |
| Profession : _____ | | Prénom : _____ | |
| Tél. : __/__/__/__/__ | | Date de naissance : _____ | |
| @ Email (sécurisé) : _____ | | Tél. : __/__/__/__/__ | |

GRILLE DE REPERAGE PRECOCE DE LA FRAGILITE

Expérimentation relative au repérage précoce de la fragilité

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL > 5/ 6), à distance de toute pathologie aiguë

| REPERAGE | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non | Ne sait pas |
| Votre patient vit-il seul ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre patient se plaint-il de la mémoire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Dépistage réalisé le :

INFORMATION DU PATIENT

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Le patient est-il d'accord pour que la grille soit transmise au médecin traitant ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|--|------------------------------|------------------------------|

Médecin traitant informé : OUI NON