

Fiche d'éligibilité **patient**

Date de mise à jour :

Nom : Prénom : Date de naissance :
Adresse complète : N° de téléphone :

1- Logement :

Maison

Y a-t-il des marches pour accéder au RCH ?

- Chambre : à l'étage → possibilité de lit au RCH ? Oui Non
au RCH → y a-t-il des marches entre les pièces ? Oui Non
- Salle de bain : à l'étage au RCH
- Toilettes : accessibles avec un déambulateur ? Oui Non

Appartement

RCH

Etage

↳ Ascenseur ? Oui Non

- Salle de bain accessible avec aidant ? Oui Non
- Toilettes accessibles avec un déambulateur ? Oui Non

2- Mode de vie :

seul

en couple

aidant proche

(lien de parenté :.....)

↳ Nom :

prénom :

téléphone :

3- Animal de compagnie :

Oui

Non

4- Aides :

. Portage de repas ? Oui Non

→ Si non : Aide pour les courses ? Oui Non Aide pour la préparation des repas ? Oui Non

. Aide pour aller aux toilettes ? Oui Non

. Téléassistance ? Oui Non

5- Antécédents

- médicaux :.....
.....
.....

- chirurgicaux :.....
.....
.....

6- Traitement en cours (joindre copie dernière ordonnance) :

-
-
-
-
-
-