

Fiche d'éligibilité clinique. **Professionnels de Santé**

Nom du patient : Prénom : Date de naissance :

Adresse complète :

N° de téléphone :

> Fonctions cognitives : altération ? Oui Non

Si oui : - commentaires ? résultat MMS si besoin : / 30

- protection juridique ? Oui Non

Si oui, laquelle ? Tutelle Curatelle Nom et coordonnées:.....

> Co-morbidités

Diabète

Insuffisance cardiaque

Obésité

> Observance correcte des traitements médicaux Oui Non

Commentaires :.....

> État nutritionnel

correct

moyen

mauvais

éventuellement, résultat Albuminémie :.....g/l

> Bilan fonctionnel

- état musculaire : correct moyen mauvais

- équilibre : correct moyen mauvais

nombre de séances de rééducation pré-opératoire nécessaires :.....

commentaires :.....

> Bilan d'autonomie commentaires :.....

- aides nécessaires : aide-ménagère portage repas

└─▶ nombre d'heures/ semaine :.....

- matériel nécessaire : lit médicalisé montauban déambulateur

autres:.....