

Examen de : _____
(Nom et prénom du fonctionnaire)

Date : | | | | |

CADRE HABITUEL DE VIE - À REMPLIR PAR LE MEDECIN

VIE SOCIALE

L'agent vit-il (elle) seul(e) ? _____ Oui Non

Bénéficie-t-il (elle) d'un entourage proche (famille, voisins, visiteurs) ? _____ Oui Non

A-t-il (elle) recours à des soins infirmiers ? _____ Oui Non

Si oui, fréquence : _____

A-t-il (elle) recours à une aide ménagère ? _____ Oui Non

Si oui, fréquence : _____

HÉBERGEMENT

L'agent vit-il (elle) :

en maison individuelle en appartement | au rez-de-chaussée à l'étage avec ascenseur sans ascenseur

L'habitat est-il aménagé ? _____ Oui Non

Si oui, préciser : _____

Est-il (elle) placé(e) dans un établissement ? _____ Oui Non

Si oui, préciser lequel (nom et adresse) : _____

DESCRIPTION DES DÉFICIENCES - À REMPLIR PAR LE MEDECIN

DIAGNOSTIC DÉTAILLÉ DES MALADIES OU DES INFIRMITÉS

ORIGINE

Congénitale : _____ Acquise le : | | | | |

Examen de : _____
(Nom et prénom du fonctionnaire)

Date : | | | | | |

CONSÉQUENCES DES DÉFICIENCES - À REMPLIR PAR LE MEDECIN

AUTONOMIE

PEUT, MÊME AVEC DIFFICULTÉ :

Quitter son lit seul(e) ? _____ Oui Non

Se coucher seul(e) ? _____ Oui Non

S'asseoir seul(e) sur une chaise et se lever seul(e) ? _____ Oui Non

Aller seul(e) à la selle ou uriner seul(e) ?

- dans WC ordinaires ? _____ Oui Non

- dans WC aménagés ? _____ Oui Non

Faire sa toilette seul(e) :

- totalement _____ Oui Non

- partiellement _____ Oui Non

Se vêtir seul(e) :

- totalement _____ Oui Non

- partiellement _____ Oui Non

Se dévêtir seul(e) :

- totalement _____ Oui Non

- partiellement _____ Oui Non

Manger et boire seul(e) :

- couper ses aliments _____ Oui Non

- se verser un liquide à boire _____ Oui Non

- s'alimenter de façon autonome, une fois les repas complètement préparés _____ Oui Non

Marcher seul(e) avec ou sans cannes, béquilles ou appuis _____ Oui Non

Utiliser seul(e) un moyen de transport :

- voiture aménagée _____ Oui Non

- transports en commun _____ Oui Non

Pour un agent handicapé appareillé :

- mettre en place seul(e) son appareillage _____ Oui Non

- nature de l'appareil : _____

Examen de : _____
(Nom et prénom du fonctionnaire)

Date : | | | | | | | | | |

RETENTISSEMENT DES AFFECTIONS - À REMPLIR PAR LE MEDECIN

CONCERNANT LES CAS DE TROUBLES PSYCHIQUES

Nature des troubles psychiques : _____

Ces troubles psychiques constituent-ils un danger pour sa vie ou celle d'autrui ? _____ Oui Non

Les actes de la vie courante peuvent-ils être accomplis sans stimulation ? _____ Oui Non

POUR LES AUTRES PATHOLOGIES

Est-il (elle) sujet(te) à des maladies, crises ou chutes ? _____ Oui Non

Préciser la nature des troubles présentés et leurs conséquences : _____

Préciser la fréquence : _____

Ces troubles constituent-ils un danger pour sa vie ? _____ Oui Non

CONCLUSIONS - À REMPLIR PAR LE MEDECIN

L'assistance d'une tierce personne est-elle nécessaire :

A - De manière constante pour l'accompagnement des actes se répartissant tout au long de la journée ? _____ Oui Non*

B - Pour faire face à des complications passagères ? _____ Oui Non

C - Une aide ponctuelle à certains moments de la journée est-elle suffisante ? _____ Oui Non

Préciser ci-après les raisons qui motivent cette aide : _____

** Si non, répondre à B et C*

DATE, CACHET ET SIGNATURE - À REMPLIR PAR LE MEDECIN

Tout formulaire ne comportant pas le cachet et la signature sera retourné

Fait à : _____

Le : | | | | | | | | | |

Cachet et signature du médecin