

Date
 Participant
 Centre
 Project AGE3 (12.01.2017 - 19:21:33 (CET))

Patient
 Visit
 Form family Inclusion
 Form Inclusion

Inclusion

(12.01.2017 - 19:21:33 (CET))

Date de la visite d'inclusion dd.mm.yyyy

La patiente/le patient porte-t-elle/il :

- Des lunettes ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas
 Des appareils auditifs ☐ Oui ☐ Non ☐ Il en a mais ne les porte pas ☐ Ne sais pas
 Des prothèses dentaires ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas
 Des protections urinaires ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

La/le patient-e conduit-elle/il ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Date du dernier examen d'habilité à la conduite dd.mm.yyyy

Est-elle/il suivi-e par le CMS ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Lequel ?

Titre de prestation et fréquence :

- Soins infirmiers ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas fois / semaine
 Repas à domicile ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas fois / semaine
 Aide à l'entretien du ménage ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas fois / semaine
 Soins d'hygiène et de confort ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas fois / semaine
 Ergothérapie ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas fois / semaine
 Physiothérapie ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas fois / semaine

La/le patient-e vit-elle/il seul-e ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si non, avec qui vit-elle/il ? ☐ Conjoint-e ☐ Enfant ☐ Autre

Combien d'enfants a-t-elle/il ? (0 si pas d'enfants)

Autres proches aidants ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, veuillez spécifier le lien avec le(s) proche(s) (p.ex. voisin, famille, ami)