

Grille de Diagnostic MAD

Document Support

Nom du Patient :

Date :

Grille de Diagnostic MAD

Focus d'Entretien

La Communication

LA PERSONNE COMMUNIQUE SEULE...	Oui	Non
Spontanément : sans stimulation, sans médiation et sans rappel à l'ordre ?		
Totalement : dans l'ensemble de ses activités et avec tous ses interlocuteurs ?		
Correctement : de façon compréhensible, logique et sensée, conformément aux convenances et usages admis et acceptés en référence aux normes sociales, sans exigences outre mesure ?		
Habituellement : de façon permanente dans le temps ?		

L'Orientation

LA PERSONNE S'ORIENTE SEULE DANS L'ESPACE	Oui	Non
Spontanément = sans stimulation, sans médiation et sans indications ?		
Totalement = dans tous les lieux de vie habituels, et lieux nouveaux ?		
Correctement = sans erreurs ?		
Habituellement = sans variation significative dans le temps, sans fluctuations d'un jour sur l'autre ?		

Les Transferts

C'est assurer ses transferts : se lever, se coucher, s'asseoir. Passer de l'une de ses trois positions à une autre, dans les deux sens.

LA PERSONNE FAIT SEULE	Oui	Non
Spontanément = sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer, à lui montrer ?		
Totalement = en assurant l'ensemble des transferts dans les deux sens ?		
Correctement = sans se mettre en danger et en utilisant éventuellement les aides techniques adaptées ?		
Habituellement = chaque fois que cela est nécessaire et souhaité ?		

Les Déplacements à l'Intérieur

LA PERSONNE FAIT SEULE	Oui	Non
Spontanément = sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer, à lui montrer ?		
Totalement = dans tous les lieux de vie, jusqu'à la porte d'entrée sur la rue ?		
Correctement = à bon escient et de façon adaptée aux possibilités ?		
Habituellement = chaque fois que la personne en a le désir ou le besoin		

Grille de Diagnostic MAD

Analyse

FOCUS MOBILITÉ en ce qui concerne les déplacements	FOCUS CONFORT en ce qui concerne le Repos et le Confort	FOCUS BAINS ET TOILETTES	AUTRES INFORMATIONS
Lieu de Vie : Maison <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Marches ou Niveaux <input type="checkbox"/> Particularités : _____ _____ _____	Le Salon : Fauteuil Sécurisé <input type="checkbox"/> Amélioration pour confort possible <input type="checkbox"/> Description position (confort ?) _____ _____ _____	Description salle bain : Baignoire sécurisé <input type="checkbox"/> Amélioration pour confort possible <input type="checkbox"/> Douche sécurisée <input type="checkbox"/> Amélioration pour confort possible <input type="checkbox"/> Toilettes sécurisés <input type="checkbox"/> Amélioration pour confort possible <input type="checkbox"/>	Pour MANGER _____ _____ _____ _____ _____
Déplacements : Intérieurs Fréquents <input type="checkbox"/> Et Extérieurs Rares <input type="checkbox"/> Autonomie seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/>	La Chambre : Lit Sécurisé <input type="checkbox"/> Amélioration pour confort possible <input type="checkbox"/> Description position (confort ?) _____ _____ _____	Evaluation Transferts : Vers la salle de bains (difficultés) _____ _____ _____ Dans la baignoire (difficultés) _____ _____ _____	Pour S'HABILLER _____ _____ _____ _____ _____
Quels Sont les Déplacements Effectués en Extérieur ? _____ _____	La Sécurité : Télésurveillance <input type="checkbox"/>		

Grille de Diagnostic MAD

Préconisations

A l'intention du médecin traitant

Nom : _____

Mobilité

AMÉNAGEMENTS DU LIEU DE VIE

PREVENTION RISQUE CHUTE

AIDE AU DEPLACEMENT

Confort

AMÉNAGEMENT SALON AMÉNAGEMENT CHAMBRE TELESURVEILLANCE

SECURISER le REPOS

AIDE AU CONFORT

Mobilité

AMÉNAGEMENT BAIN AMÉNAGEMENT TOILETTES TRANSFERTS

SECURISER

AIDE AU BIEN ÊTRE
