

Repérage des fragilités de la personne âgée

| | Oui | Non | Ne sais pas |
|--|-----|-----|-------------|
| La personne vit seule. | | | |
| La personne a perdu du poids au cours des 3 derniers mois. | | | |
| La personne se sent plus fatiguée depuis ces 3 derniers mois. | | | |
| La personne a plus de difficultés à se déplacer depuis ces 3 derniers mois. | | | |
| La personne se plaint de la mémoire. | | | |
| Vous constatez qu'elle a des problèmes de mémoire. | | | |
| La personne a une vitesse de marche ralentie. (Plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) | | | |
| La personne se plaint. | | | |

Si une case oui a été cochée

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cette personne vous paraît-elle fragile ? | | | |
| Pensez-vous à d'autres problèmes non médicaux ? | | | |

Cette personne a donné son accord pour que cette fiche soit transmise :

oui non

Nom Prénom de cette personne : _____

Sa date de naissance : ___/___/_____

Son adresse : _____

Ville : _____

Son tél : _____ Adresse mail : _____

Personne proche à contacter : Nom - Prénom : _____

Médecin traitant : _____

Je suis la personne qui alerte : Nom – Prénom : _____

Transmettez cette feuille à :

DAC MEUSE : 03 72 85 01 17

Adresse mail : dac55@sante-lorraine.fr

ou

CPTS SUD MEUSE

Adresse mail : cpts.sudmeuse@gmail.com

Adresse CPTS : 38 rue Alphonse Verneau 55200 Commercy