

AUTONOMIE A LA MARCHE

Nom :

Prénom :

ANTECEDENTS (*Relaté-Observé*):

DATE : .../.../...

I- TRANSFERTS (*Observé*) :

ASSIS/DEBOUT : ☐ OUI ☐ NON

AIDE : ☐ OUI ☐ NON

DEBOUT/ASSIS : ☐ OUI ☐ NON

☐ 1 PERS. ☐ 2 PERS.

II- APPUI (*Relaté*) :

☐ SANS ☐ PARTIEL (.....%) ☐ TOTAL

III- HABITUS :

	<i>RELATE</i> (<i>Avant hosp.</i>)	<i>OBSERVE</i> (<i>Durant hosp.</i>)
* DEAMBULATION

* ESCALIERS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
* ETAGE (Nbre)
* AIDE TECHNIQUE/TYPE

* APPAREILLAGE/TYPE

* PERIMETRE DE MARCHEmètresmètres
* ACCOMPAGNE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> 1 P. <input type="checkbox"/> 2 P.	<input type="checkbox"/> 1 P. <input type="checkbox"/> 2 P.

A blank sheet of white paper with horizontal dotted lines.