

Annexe IV : Questionnaire de réévaluation

[illegible]

Aides et soins requis		Fréquence			Nouveaux	Fréquence		Motivation des changements proposés	Retenus	Fréquence		Avis CEO
Actes essentiels de la vie		standard	jour	hebdo		jour	hebdo			jour	hebdo	
	Nutrition				Nutrition				Nutrition			
AE101	aide minimale	3/7			AE101				AE101			
AE102	aide partielle	3/7			AE102				AE102			
AE103	aide complète	3/7			AE103				AE103			
AE104	nutrition entérale	6/7			AE104				AE104			
AE105	hydratation	6/7			AE105				AE105			
AE106	collation	3/7			AE106				AE106			
	<i>SOUS-TOTAL</i>											
	Mobilité				Mobilité				Mobilité			
AE201	hab.-déshabillage aide minimale	2/7			AE201				AE201			
AE202	hab.-déshabillage aide partielle	2/7			AE202				AE202			
AE203	hab.-déshabillage aide complète	2/7			AE203				AE203			
AE213	hab.-déshabillage aide complète - pers.suppl.	1/7			AE213				AE213			
AE204	mettre/enlever prothèse, orthèse, bas de contention etc.	nbr/7			AE204				AE204			
AE215	transferts liés aux aev	1/7			AE215				AE215			
AE216	transferts non liés aux aev	1/7			AE216				AE216			
AE217	transferts-déplacements pers.suppl.	1/7			AE217				AE217			
AE218	transferts avec levier hydraulique liés aux aev	1/7			AE218				AE218			
AE219	transferts avec levier hydraulique non liés aux aev	1/7			AE219				AE219			
AE208	installation/ protection de la peau	12/7			AE208				AE208			
AE209	déplacements liés aux aev	1/7			AE209				AE209			
AE210	déplacements non liés aux aev	1/7			AE210				AE210			
AE211	sortir du logement et y entrer avec aide	1/7			AE211				AE211			
AE212	monter et descendre les escaliers avec aide	1/7			AE212				AE212			
	<i>SOUS-TOTAL</i>											
	TOTAL AEV											

Aides et soins requis		Fréquence			Nouveaux	Fréquence		Motivation des changements proposés	Retenus	Fréquence		Avis CEO
Actes essentiels de la vie		standard	jour	hebdo		jour	hebdo			jour	hebdo	
	Soutien				Soutien			<i>Pour chaque type de soutien, veuillez indiquer vos objectifs de prise en charge respectifs</i>	Soutien			
SOxxx	surveillance / garde individuelle	30			SOxxx				SOxxx			
SOxxx	surveillance / garde en groupe	30			SOxxx				SOxxx			
SOxxx	courses et démarches administratives	30			SOxxx				SOxxx			
SOxxx	activité spécialisée en groupe	30			SOxxx				SOxxx			
SOxxx	soutien individuel lié à l'Hygiène	30			SOxxx				SOxxx			
SOxxx	soutien individuel lié à la Nutrition	30			SOxxx				SOxxx			
SOxxx	soutien individuel lié à la Mobilité	30			SOxxx				SOxxx			
SOxxx	soutien individuel Psycho-social	30			SOxxx			SOxxx				
	SOUS-TOTAL											
	Conseil											
CS		30			CS				CS			
CS		30			CS				CS			
CS		30			CS				CS			
	SOUS-TOTAL											
	Tâches domestiques											
TD101	forfait normal	150			TD101				TD101			
TD102	supplément	90			TD102				TD102			
	SOUS-TOTAL											
PR101	Produits nécessaires aux aides et soins		oui	non		oui	non		PR101	oui	non	
Nom du prestataire:								Date:	Référénts CEO :			
Code prestataire:									Date saisie CEO :			
Nom du signataire:									Commentaire CEO :			
Fonction du signataire:												
N° de téléphone:									Signature			

Nom du bénéficiaire:

N° matricule: