



## Pathologie(s) associée(s)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique :  oui  non  
Si oui,  
- traitement médical prescrit  oui  non  
- préciser la nature du traitement : .....  
- suivi psychothérapique  oui  non

Conduites addictives / Alcool  oui  non  
Si oui, préciser lesquelles : .....

Type de substitution : ..... depuis quand ? : .....  
Suivi en centre spécialisé :  oui  non En médecine de ville :  oui  non

## Si pathologie VIH

**Date de découverte de la séropositivité VIH :** **Stade CDC :**

**Maladies opportunistes :** oui  non

Si oui, lesquelles :

- ..... évolutive : oui  non

- ..... évolutive : oui  non

- ..... évolutive : oui  non

**Bilan immuno-virologie :**  
-date du dernier bilan : ..... – taux de CD4 : ..... – charge virale : .....

## Autonomie

Indice de Karnofsky : ..... ( voir page suivante)

Déficiences retentissant sur l'autonomie ?

Déficit moteur	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> modéré	<input type="checkbox"/> important
Déficit des fonctions supérieures	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> modéré	<input type="checkbox"/> important
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> temporaire	<input type="checkbox"/> permanent
Déambulateur / cannes	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> temporaire	<input type="checkbox"/> permanent

Nécessité d'une aide à la vie quotidienne, de la présence d'un tiers ?

À la toilette	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ponctuelle	<input type="checkbox"/> permanente
À la prise du traitement	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ponctuelle	<input type="checkbox"/> permanente
À la prise des repas	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ponctuelle	<input type="checkbox"/> permanente
Autre	Si oui, préciser : .....		

**Nécessité de prise en charge spécifique**Non  Soins à domicile  Hospitalisation à domicile Date, signature et cachet du  
médecin**Commentaires :** (grossesse, contexte social, observance du traitement  
état général).....  
.....  
.....  
.....**IMPORTANT :** joindre un rapport médical complet (compte rendu de consultations ou hospitalisation) et les derniers résultats d'examens complémentaires.**INDICE DE KARNOFSKY**

<b>Capable de mener une activité normale</b>	<b>100 %</b>	<b>normal, pas de signe de maladie</b>
	<b>90 %</b>	<b>peut mener une activité normale, symptômes mineurs de la maladie, totalement autonome</b>
	<b>80 %</b>	<b>peut mener une activité normale, mais avec effort, symptômes ou signes mineurs, totalement autonome</b>
<b>Incapable de travailler, capable de vivre chez lui et d'assumer ses besoins personnels, une assistance variable est nécessaire</b>	<b>70 %</b>	<b>peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale, autonome mais à stimuler</b>
	<b>60 %</b>	<b>nécessite une aide occasionnelle mais peut prendre en charge la plupart des besoins, semi-autonome</b>
	<b>50 %</b>	<b>nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents, semi-autonome</b>
	<b>40 %</b>	<b>handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers</b>
<b>Incapable de s'occuper de lui-même, nécessite des soins hospitaliers ou l'équivalent</b>	<b>30 %</b>	<b>sévèrement handicapé, dépendant</b>
	<b>20 %</b>	<b>très malade soutien actif, absence totale d'autonomie</b>
	<b>10 %</b>	<b>moribond, processus fatal progressant rapidement</b>