

**PARTIE 1**

**EVALUATION DES FRAGILITES**

**ET DE PREVENTION DE LA DEPENDANCE**

*Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL > 5/6), à distance de toute pathologie aigüe.*

|  |
| --- |
| Repérage |
|  | **Oui** | **Non** | **Ne sait pas** |
| Votre patient vit-il seul ? | □ | □ | □ |
| Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ? | □ | □ | □ |
| Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ? | □ | □ | □ |
| Votre patient se plaint-il de la mémoire ? | □ | □ | □ |
| Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ? | □ | □ | □ |

**Si vous avez répondu OUI à l’une de ces questions :**

Votre patient vous paraît-il fragile : □ OUI □ NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d’une évaluation de fragilité par un professionnel formé (questionnaire partie 2)?

 □ OUI □ NON

|  |
| --- |
| PROGRAMMATION |
| Dépistage partie 1 réalisé le : RDV programmé le :  Médecin traitant informé: □ OUI □ NONPour la prise de rendez-vous :Contacter par téléphone  : Le patient : La personne de confiance :Tel : Transmettre la fiche via azurezo à la cpts Dracenie et remettre l’original au patient.  |