

Questionnaire Auto-évaluation sur la sécurité au domicile

- ☐ Évaluation réalisée en hospitalisation
- ☐ Évaluation réalisée en ville
- ☐ Évaluation réalisée au domicile

Date : / /

Professionnel :

SANTÉ

J'organise le retour à domicile

- ☐ Risque de mauvaise observance du traitement
- ☐ Besoin de surveillance spécifique
- ☐ Troubles cognitifs | comportementaux
- ☐ Troubles psychiques
- ☐ Médecin traitant non identifié
- ☐ Equipe de soins primaires non existante

Soins nécessaires

- ☐ Soins infirmiers (IDE | SSIAD)
- ☐ Soins complexes | continus (HAD)
- ☐ Soins de rééducation
- ☐ Soins paramédicaux

Je sécurise le maintien à domicile

- ☐ Dégradation de l'état clinique
- ☐ Maladie chronique non équilibrée
- ☐ Traitements incompatibles avec le maintien à domicile (effets indésirables ...)
- ☐ Non-gestion du traitement
- ☐ Besoin de surveillance spécifique
- ☐ Troubles cognitifs | comportementaux
- ☐ Troubles psychiques
- ☐ Médecin traitant non identifié
- ☐ Equipe de soins primaires non existante

Continuité des soins

- ☐ Programmation des rendez-vous post-sortie
- ☐ Remise de l'ensemble des ordonnances
- ☐ Transmission des comptes-rendus

AUTONOMIE

Actes de la vie quotidienne (AVQ)

- ☐ Incapacité à la toilette
- ☐ Incapacité à l'habillage
- ☐ Incapacité à la prise des repas
- ☐ Incapacité dans les déplacements | transferts intérieurs
- ☐ Incapacité dans les déplacements extérieurs (courses, pharmacie ...)
- ☐ Incapacité à l'entretien du logement
- ☐ Incapacité à alerter

Aides nécessaires

- ☐ Aide à la toilette
- ☐ Aide à l'habillage
- ☐ Aide à la prise des repas
- ☐ Aide aux transferts
- ☐ Aide aux déplacements
- ☐ Aide à l'entretien du logement
- ☐ Dispositif d'aide à l'alerte (téléassistance ...)
- ☐ Surveillance | présence

Questionnaire Auto-évaluation sur la sécurité au domicile

- ☐ Évaluation réalisée en hospitalisation
- ☐ Évaluation réalisée en ville
- ☐ Évaluation réalisée au domicile

Date : / /

Professionnel :

SANTÉ

J'organise le retour à domicile

- ☐ Risque de mauvaise observance du traitement
- ☐ Besoin de surveillance spécifique
- ☐ Troubles cognitifs | comportementaux
- ☐ Troubles psychiques
- ☐ Médecin traitant non identifié
- ☐ Equipe de soins primaires non existante

Soins nécessaires

- ☐ Soins infirmiers (IDE | SSIAD)
- ☐ Soins complexes | continus (HAD)
- ☐ Soins de rééducation
- ☐ Soins paramédicaux

Je sécurise le maintien à domicile

- ☐ Dégradation de l'état clinique
- ☐ Maladie chronique non équilibrée
- ☐ Traitements incompatibles avec le maintien à domicile (effets indésirables ...)
- ☐ Non-gestion du traitement
- ☐ Besoin de surveillance spécifique
- ☐ Troubles cognitifs | comportementaux
- ☐ Troubles psychiques
- ☐ Médecin traitant non identifié
- ☐ Equipe de soins primaires non existante

Continuité des soins

- ☐ Programmation des rendez-vous post-sortie
- ☐ Remise de l'ensemble des ordonnances
- ☐ Transmission des comptes-rendus

AUTONOMIE

Actes de la vie quotidienne (AVQ)

- ☐ Incapacité à la toilette
- ☐ Incapacité à l'habillage
- ☐ Incapacité à la prise des repas
- ☐ Incapacité dans les déplacements | transferts intérieurs
- ☐ Incapacité dans les déplacements extérieurs (courses, pharmacie ...)
- ☐ Incapacité à l'entretien du logement
- ☐ Incapacité à alerter

Aides nécessaires

- ☐ Aide à la toilette
- ☐ Aide à l'habillage
- ☐ Aide à la prise des repas
- ☐ Aide aux transferts
- ☐ Aide aux déplacements
- ☐ Aide à l'entretien du logement
- ☐ Dispositif d'aide à l'alerte (téléassistance ...)
- ☐ Surveillance | présence

Questionnaire Auto-évaluation sur la sécurité au domicile

AFFIRMATION / SITUATION VÉCUE	JAMAIS 0 pt	PARFOIS 0,5 pt	RÉCEM- MENT 0,75 pt	SOUVENT 1 pt
Je me sens souvent perdu(e) dans le temps ou dans les horaires.				
Je vis seul(e) sans aidant(s) ou proche à proximité de moi.				
Je suis tombé(e) à 3 reprises minimum au cours des 3 derniers mois.				
J'ai besoin d'aide pour faire ma toilette.				
J'ai besoin d'aide pour faire les courses.				
J'ai besoin d'aide pour faire le ménage.				
J'ai besoin d'aide pour sortir à l'extérieur de chez moi.				
Je ne peux plus du tout sortir de chez moi.				
Je suis atteint(e) de pathologies qui impactent lourdement ma vie quotidienne.				
Je me sens particulièrement inquiet(ète) ou angoissé(e) le soir.				
Je refuse d'être une charge ou un poids pour mes proches.				
Mes ressources financières me limitent dans la possibilité de faire appel à des aides suffisantes pour mon maintien à domicile.				
Je n'arrive plus à gérer mes comptes et mes finances tout(e) seul(e).				
Je rencontre des difficultés à planifier ou à me rendre à mes rendez-vous médicaux.				
Je ne souhaite pas que des personnes extérieures viennent m'aider chez moi.				
Globalement, je ne me sens pas en sécurité dans mon propre domicile.				
Je me suis déjà sérieusement posé(e) la question de quitter mon logement actuel.				

Calcul du Score Total /17 points

