

Nom du patient :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Tél :



Médecin traitant :
Demandeur (si différent) :

EVALUATION DES FRAGILITES DEMANDE D'INCLUSION

Patients de 75 ans et +

REPÉRAGE¹

Votre patient...	Oui	Non	Ne sait pas
vit-il SEUL ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a-t-il PERDU DU POIDS au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se sent-il PLUS FATIGUÉ depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a-t-il plus de difficultés pour SE DEPLACER depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se plaint-il de la MEMOIRE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a-t-il une vitesse de MARCHE RALENTIE (+ de 4 sec pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **OUI à 1 de ces questions** :

Votre patient vous paraît-il fragile ? Oui Non

Si **OUI**, votre patient accepte-t-il l'intervention de ResoVal pour effectuer une évaluation complémentaire² des fragilités à son domicile ? Oui Non

Vos remarques :

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

Date de la demande :

Formulaire à renvoyer par
Fax **03.85.27.52.58** ou ResomeI®
Contact
03.85.27.53.40

[Formulaire disponible sur le www.resoval.fr](http://www.resoval.fr)

¹ Grille réalisée par le gérontopôle de TOULOUSE, reconnue par la HAS, le CNPG, la SFGG et la FFMPs

² Evaluation Gériatrique Standardisée