



Grille simplifiée d'évaluation de la fragilité

Le professionnel faisant la demande :

NOM Prénom :

Profession : Commune :

Mail : Téléphone :

Le patient :

NOM Prénom :

	OUI	NON	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à 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 la fragilité ? **OUI** **NON**

En signant ce formulaire, j'accepte que les données saisies soient utilisées par la CPTS Provence Verte, afin qu'elle puisse accuser réception de la demande. La CPTS Provence Verte s'engage à sécuriser vos informations et à les garder strictement confidentielles. Conformément à la loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit de rectification et d'opposition aux informations vous concernant en nous contactant.

Fait à, le
Signature