

Évaluation médicale et psychosociale – volet médical

Nom à la naissance		Prénom	
Date de naissance _____ an-mois-jour		N° de dossier du Curateur public	
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	N° d'assurance maladie	N° de dossier de l'établissement	

1 – Examen mental

Y a-t-il atteinte ?

Orientation Oui Non Mémoire Oui Non Jugement Oui Non Affect Oui Non

Comportement à risque ?
 Oui Non

2 – Diagnostic lié à l'incapacité

Maladie cognitive	Maladie mentale	Déficiência intellectuelle
<input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer Légère modérée grave	<input type="checkbox"/> Schizophrénie	<input type="checkbox"/> légère
<input type="checkbox"/> Démence due à des étiologies multiples (mixte)	<input type="checkbox"/> Troubles bipolaires	<input type="checkbox"/> moyenne
<input type="checkbox"/> Démence vasculaire Légère modérée grave	<input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> Autre _____		

Depuis quand ? _____ (mois) _____ (an) Depuis quand ? _____ (mois) _____ (an)

3 – Détails significatifs de l'histoire médicale et de l'examen mental

4 – Incapacité

La personne est inapte :

	Degré			Durée		
	non	partiellement	totalement	permanente	temporaire	
à assurer la protection de sa personne et à exercer ses droits civils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ préciser : _____ ans
à administrer ses biens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ préciser : _____ ans

La personne est généralement ou habituellement apte à prendre soin d'elle-même et à administrer ses biens, mais a besoin, pour certains actes ou temporairement, d'être assistée ou conseillée dans l'administration de ses biens.

5 – Diagnostics non liés à l'incapacité (cancer, cataractes, cécité, diabète, hémiparésie, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, ostéoartrite, maladie cardiaque artériosclérotique, maladie pulmonaire obstructive chronique, quadriplégie, surdité, etc.)

6 – Identification du médecin qui a procédé   l'évaluation

Nom (en lettres moulées)		Prénom (en lettres moulées)		N° de permis d'exercice
Téléphone	Poste	Télécopieur	Adresse courriel	
Signature				Date (an-mois-jour)