

Réévaluation médicale et psychosociale – volet médical

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

1- Diagnostic lié à l'incapacité
Maladie cognitive

- Maladie d'Alzheimer Légère modérée grave
- Démence due à des étiologies multiples (mixte)
- Démence vasculaire Légère modérée grave
- Autre _____

Maladie mentale

- Schizophrénie
- Troubles bipolaires
- Autre _____

Déficience intellectuelle

- légère
- moyenne
- grave

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

2- Évolution de l'état de santé

Y a-t-il eu depuis _____ (date de la dernière évaluation) des changements significatifs dans l'état de santé de la personne ? Oui Non

Si vous avez répondu non, passer directement au point 4

3- Détails significatifs de l'évolution et de l'examen physique et 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.

La personne est apte à prendre soin d'elle-même et à administrer ses biens.

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

6- Identification du médecin qui a procédé à 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)