

***Pour qu'il soit valide, il faut joindre à ce document des documents médicaux, selon ce qui est demandé dans chaque rubrique.
*Veuillez remplir toutes les cases lisiblement avec la signature et le cachet du médecin traitant/de l'infirmière.**



Etat d'Israël
Ministère de la Défense
Division des Familles et de la
Commémoration

Date : _____

N° du dossier : _____

A l'attention du : médecin traitant/de l'infirmière

Formulaire d'évaluation des soins infirmiers à donner et du placement dans une institution

Nous vous remercions à l'avance de remplir ce formulaire pour évaluer le nombre d'heures de soins par mois qui doivent être dispensés au patient.

Prénom et nom de famille du demandeur : _____ Age : _____

N° de carte d'identité _____

Adresse : _____

A. Diagnostic médical actuel (joindre en plus un rapport médical informatisé)

Se déplacer	
<input type="checkbox"/>	Marche seul
<input type="checkbox"/>	A besoin d'être aidé
<input type="checkbox"/>	S'aide d'un appareil, spécifiez : _____ canne, déambulateur
<input type="checkbox"/>	Chaise roulante
<input type="checkbox"/>	Alité

S'habiller	
<input type="checkbox"/>	Indépendant
<input type="checkbox"/>	Aide partielle
<input type="checkbox"/>	Aide totale

Se laver	
<input type="checkbox"/>	Indépendant
<input type="checkbox"/>	Aide partielle
<input type="checkbox"/>	Aide totale

Se nourrir	
<input type="checkbox"/>	Mange seul (indépendant)
<input type="checkbox"/>	Aide partielle (préparer et/ou servir et/ou encourager la personne)
<input type="checkbox"/>	Aide totale

Vue	
<input type="checkbox"/>	Normale
<input type="checkbox"/>	Normale, porte des lunettes
<input type="checkbox"/>	Aveugle d'un oeil
<input type="checkbox"/>	Malvoyant
<input type="checkbox"/>	Aveugle

Contrôle des orifices	Vessie	Intestins
Contrôle total		
Contrôle partiel		
Pas de contrôle		

Utilise des couches en papier Oui Non

***Joindre un certificat de cécité/malvoyance (jusqu'à 75 ans)
ou un certificat délivré par un ophtalmologue/médecin de famille qui atteste de votre vue
(plus de 75 ans)**

Surveillance pour cause de démence / maladie mentale	
	Légère difficulté à se repérer et/ou problème de mémoire/mental A besoin d'une surveillance partielle par une autre personne, mais on peut le laisser seul pour un bref laps de temps
	Difficulté à se repérer et/ou problème de mémoire/mental. A besoin de la surveillance (présence) permanente d'une autre personne. Se met en danger ou met en danger les autres lorsqu'il est seul
	Démence avancée

Temps estimé pour se rétablir	
	3 mois
	6 mois
	1 an
	Etat de maladie permanent

- * Moins de 80 ans – il faut joindre le diagnostic d'un médecin gériatre/psychiatre/neurologue
- * Plus de 80 ans - sans diagnostic la moitié des heures seront accordées
(Voir le tableau des heures – annexe C de l'instruction)

B. Conclusion et évaluation fonctionnelle (il faut indiquer l'état fonctionnel du patient selon les catégories suivantes) :

- 1) épuisé Mentalement épuisé Alité et a besoin d'aide Dépendant Grande dépendance
 Indépendant mais a besoin d'être aidé Totalement indépendant
- 2) Principaux problèmes fonctionnels du patient :

- 3) Recommandations : Placement dans une maison de retraite
 Peut rester chez lui et a besoin d'une aide ménagère
- 4) Logement : Habite seul Habite avec _____
- 5) Nom du médecin : _____ Nom de l'infirmière : _____
Cachet du médecin (mention du numéro de l'autorisation d'exercer)

Signature _____

Renonciation au secret médical (sera rempli par le demandeur) :

Je, soussigné(e), autorise la divulgation d'informations médicales au ministère de la Défense, section des Familles et de la Commémoration

Date _____ Nom _____

Signature du bénéficiaire : _____