

LISTE DE CONTRÔLE

Activités de la Vie Quotidienne (AVQ)

Alimentation

- ☐ La personne peut-elle s'alimenter seule ?
- ☐ Besoin d'assistance pour couper les aliments ou manger ?
- ☐ S'alimente-t-elle de façon équilibrée et suffisante ?

Hygiène personnelle

- ☐ Peut-elle se laver seule (bain, douche, toilette de base) ?
- ☐ A-t-elle besoin d'aide pour laver certaines parties du corps ?
- ☐ Les soins d'hygiène sont-ils faits quotidiennement ?

Habillage et déshabillage

- ☐ La personne choisit-elle et met-elle ses vêtements seule ?
- ☐ A-t-elle besoin d'assistance pour boutonner, zipper ou enfiler des vêtements ?
- ☐ Change-t-elle de vêtements régulièrement ?

Continence

- ☐ La personne contrôle-t-elle ses besoins urinaires et intestinaux ?
- ☐ A-t-elle besoin d'une aide pour utiliser des protections ou aller aux toilettes ?
- ☐ Y a-t-il des signes de problèmes d'incontinence ?

Mobilité

- ☐ Se déplace-t-elle seule à l'intérieur du domicile ?
- ☐ A-t-elle besoin d'une aide pour se lever, marcher ou se coucher ?
- ☐ Est-elle capable de se déplacer à l'extérieur avec ou sans aide technique (canne, déambulateur, fauteuil roulant) ?

Transferts et postures

- ☐ Peut-elle passer seule de la position assise à debout ?
- ☐ A-t-elle besoin d'assistance pour sortir du lit ou s'y allonger ?
- ☐ Maintient-elle une posture adéquate lorsqu'elle est assise ou debout ?

Hydratation

- ☐ La personne s'hydrate-t-elle régulièrement ?
- ☐ A-t-elle besoin de rappels pour boire de l'eau ?
- ☐ Y a-t-il des signes de déshydratation ?