

Ma fiche : Besoin quotidien



Nom/prénom		Date	
------------	--	------	--

MOBILITÉ ET DÉPLACEMENTS

- | | |
|---|--|
| ☐ Je peux me déplacer sans aide | ☐ Les escaliers sont difficiles |
| ☐ J'ai besoin de pauses fréquentes | ☐ La station debout est difficile |
| ☐ J'ai besoin d'un accompagnement | ☐ Les déplacements entraînent une récupération importante |
| ☐ Précision | |

HYGIÈNE, HABILLAGE & SOINS PERSONNELS

Activité	Autonomie	Aide nécessaire / adaptation
Toilette	☐ Oui ☐ Partielle ☐ Non	
Douche	☐ Oui ☐ Partielle ☐ Non	
Habillage	☐ Oui ☐ Partielle ☐ Non	
Coiffure	☐ Oui ☐ Partielle ☐ Non	
Soins personnels	☐ Oui ☐ Partielle ☐ Non	
Autre		

ALIMENTATION & HYDRATATION

- | | |
|--|--|
| ☐ Préparation des repas difficile | ☐ Hydratation difficile |
| ☐ Courses difficiles | ☐ Nutrition entérale / matériel spécifique |
| ☐ Besoin de repas adaptés / fractionnés | ☐ Nutrition parentérale / matériel spécifique |
| ☐ Précision | |

VIE DOMESTIQUE

Activité	Autonomie	Aide nécessaire / adaptation
Cuisine	☐ Oui ☐ Partielle ☐ Non	
Ménage	☐ Oui ☐ Partielle ☐ Non	
Linge	☐ Oui ☐ Partielle ☐ Non	
Courses	☐ Oui ☐ Partielle ☐ Non	
Administratif	☐ Oui ☐ Partielle ☐ Non	
Autre		

Ma fiche : Besoin quotidien



TRAVAIL / ÉTUDES / ACTIVITÉS

- ☐ Difficultés de concentration
- ☐ Rythme / horaires à adapter
- ☐ Besoin de pauses
- ☐ Difficultés après un effort prolongé
- ☐ Absences ou rendez-vous fréquents
- ☐ Besoins d'adaptations de poste
- ☐ Précision

AIDE HUMAINE OU MATÉRIELLE

Besoins	Fréquence	Type d'aide / matériel

CE QUI POURRAIT AMÉLIORER MON QUOTIDIEN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....