

À remplir à l'encre noire par le médecin traitant.

Une réponse doit être apportée à l'ensemble des questions posées ;
un trait ou un blanc ne constitue pas une réponse.

Examen de l'assuré(e) :

1. Peut-il se lever seul, se coucher seul ?	Oui	Non
2. Peut-il s'asseoir, se lever seul d'un siège ?	Oui	Non
3. Peut-il se déplacer seul dans son logement ? (Y compris en fauteuil roulant)	Oui	Non
4. Peut-il s'installer seul dans son fauteuil roulant et en sortir seul ?	Oui	Non
5. Pourrait-il se lever en cas de chute ?	Oui	Non
6. Pourrait-il quitter seul son logement en cas de danger ?	Oui	Non
7. Peut-il se vêtir ou se dévêtir seul ?	Oui	Non
8. Peut-il manger et boire seul ?	Oui	Non
9. A-t-il besoin d'aide pour aller uriner et aller à la selle ?	Oui	Non
10. Peut-il mettre seul un appareil orthopédique ?	Oui	Non
11. En cas de troubles psychiques, présente t-il un danger grave pour lui-même ou pour autrui ?	Oui	Non

L'état de l'assuré(e) **justifie / ne justifie** pas le recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Rayez, ci-dessus, la mention inutile