

APPRECIATION DES CONDITIONS D'OCTROI DE LA PRESTATION COMPLEMENTAIRE DE RECOURS A TIERCE PERSONNE

ASSURÉ

N° d'immatriculation :

Nom :

Prénom :

Adresse :

EXAMEN RÉALISÉ

Victime examinée au domicile en établissement au Service du Contrôle Médical

Actes ordinaires de la vie	Oui	Non
01) Peut-elle se lever seule et se coucher seule ?		
02) Peut-elle s'asseoir et se lever seule d'un siège ?		
03) Peut-elle se déplacer seule dans son logement, y compris en fauteuil roulant ?		
04) Peut-elle s'installer seule dans son fauteuil roulant et en sortir seule ?		
05) Peut-elle se relever seule en cas de chute ?		
06) Pourrait-elle quitter seule son logement en cas de danger ?		
07) Peut-elle se vêtir ou se dévêtir totalement seule ?		
08) Peut-elle manger et boire seule ?		
09) Peut-elle aller uriner ou aller à la selle sans aide ?		
10) Peut-elle mettre seule son appareil orthopédique ? (le cas échéant)		
11) En cas de troubles neuropsychiques, présente-t-elle un danger pour elle-même ou pour autrui ?		

Veuillez renseigner les 11 critères

--

Date :

Docteur

Praticien Conseil