

## Fiche de renseignements sur les **objectifs à atteindre**

Nom patient : ..... Date de consultation : .....  
Prénom patient : ..... Date de l'évaluation : .....

### 1- Membre supérieur

Parmi tous les objectifs du tableau ci-dessous, sélectionnez le plus important, celui que vous souhaiteriez atteindre en priorité. Inscrivez ensuite le chiffre 1 devant cet objectif dans la colonne « Objectifs souhaités ». Facultatif : Vous pouvez répéter cette opération une ou deux fois au besoin. Vous utiliserez les chiffres 2 et 3 pour ces deux objectifs facultatifs dans la colonne « Objectifs souhaités ».

Vous devez sélectionner au maximum trois objectifs dans tout le tableau.

Côté : Droit  Gauche

Objectifs souhaités	Liste des objectifs à atteindre
	<b>1- Hygiène</b>
	Faciliter les soins d'hygiène de la main
	Faciliter le coupage des ongles
	Guérir de la mycose de la main
	Faciliter les soins d'hygiène du coude
	Faciliter les soins d'hygiène de l'aisselle
	<b>2- Habillage</b>
	Faciliter l'habillage (enfillement de manche...)
	<b>3- Confort et positionnement</b>
	Faciliter le positionnement et/ou l'installation au lit
	Faciliter le positionnement et/ou l'installation au fauteuil
	<b>4- Douleurs</b>
	Diminuer les douleurs spontanées
	Diminuer les douleurs provoquées à la mobilisation
	<b>5- Évitement ou traitement des plaies</b>
	Supprimer les points de pression
	Traiter les plaies et escarres dues aux déformations
	<b>6- Fonctionnel</b>
	Faciliter les capacités de préhension
	Faciliter la déambulation
	<b>7- Esthétique</b>
	Améliorer l'aspect esthétique

Autre(s) objectif(s) souhaité(s) :

## **Vous servez-vous de votre bras/votre main pour**

Porter un sac/des courses/une mallette	OUI	NON
--	-----	-----

## **CUISINER / MANGER**

Eplucher un oignon	OUI	NON
--------------------	-----	-----

Eplucher une pomme	OUI	NON
--------------------	-----	-----

Retirer la coque d'une pistache	OUI	NON
---------------------------------	-----	-----

Ouvrir et/ou manger un yaourt	OUI	NON
-------------------------------	-----	-----

Tenir une fourchette/une cuillère	OUI	NON
-----------------------------------	-----	-----

Couper la nourriture avec un couteau	OUI	NON
--------------------------------------	-----	-----

Etaler du beurre sur une tartine	OUI	NON
----------------------------------	-----	-----

Vous servir à boire/boire	OUI	NON
---------------------------	-----	-----

Ouvrir une bouteille d'eau	OUI	NON
----------------------------	-----	-----

Dévisser un couvercle	OUI	NON
-----------------------	-----	-----

Ouvrir un paquet de chips	OUI	NON
---------------------------	-----	-----

Ouvrir une tablette de chocolat	OUI	NON
---------------------------------	-----	-----

Tenir le manche d'une casserole	OUI	NON
---------------------------------	-----	-----

Faire la vaisselle	OUI	NON
--------------------	-----	-----

## **TOILETTE / HABILLAGE**

Mettre du dentifrice sur votre brosse à dents	OUI	NON
---	-----	-----

Mettre une lentille	OUI	NON
---------------------	-----	-----

Tenir la serviette de toilette	OUI	NON
--------------------------------	-----	-----

Laver vos cheveux	OUI	NON
Remonter une fermeture éclair	OUI	NON
Boutonner un pantalon	OUI	NON
Boutonner une chemise	OUI	NON
Vous couper les ongles	OUI	NON
Vous laver les mains	OUI	NON
<b><u>LOISIRS</u></b>		
Bricoler	OUI	NON
Coudre/tricoter	OUI	NON
Jouer aux cartes	OUI	NON
Ecrire	OUI	NON
Jouer aux jeux vidéos	OUI	NON
Ouvrir le courrier	OUI	NON
Déballer un cadeau	OUI	NON
Tenir une feuille de papier	OUI	NON
Lire le journal	OUI	NON
Tenir un livre ouvert	OUI	NON
Votre vie sexuelle	OUI	NON