

# QUESTIONNAIRE

## Bien vieillir



Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la dépendance.

# Informations complémentaires

**Médecin traitant :**

**Nom**

---

**Prénom**

---

**Lieu d'exercice**

---

**Numéro de téléphone**

---

**Infirmier :**

**Nom**

---

**Prénom**

---

**Lieu d'exercice**

---

**Numéro de téléphone**

---

**Professionnel de santé ayant effectué le questionnaire :**

**Nom** \_\_\_\_\_

**Prénom** \_\_\_\_\_

**Établissement** \_\_\_\_\_

Les informations recueillies dans ce questionnaire sont nécessaires pour repérer les déterminants de la fragilité et seront traitées conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). En nous fournissant ces données, vous consentez de façon libre et éclairée qu'elles soient collectées, stockées et traitées par la CPTS Metz et environs (représentée par ses salariés et ses administrateurs).

Vos données à caractère personnel ne seront utilisées que dans le cadre de ce suivi. Vous disposez des droits d'accès, de rectification et de suppression de vos données. Pour plus d'informations, contactez-nous par mail à l'adresse [contact@cpts-metz.fr](mailto:contact@cpts-metz.fr).

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

Genre  Homme  Femme Numéro de sécurité sociale \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

**1** Votre patient vit-il seul ?

Oui  Non  Ne sait pas

**2** Votre patient a-t-il chuté ces 3 derniers mois ?

Oui  Non  Ne sait pas

**3** Est-ce que le logement du patient est adapté (encombrement, tapis, risque de chute) ?

Oui  Non  Ne sait pas

**4** Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?

Oui  Non  Ne sait pas

**5** Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?

Oui  Non  Ne sait pas

**6** Votre patient se sent-il fatigué depuis ces 3 derniers mois ?

Oui  Non  Ne sait pas

**7** Votre patient se plaint-il de la mémoire ?

Oui  Non  Ne sait pas

**8** Votre patient a-t-il des prothèses adaptées (auditives, visuelles ou dentaires) ?

Oui  Non  Ne sait pas

**9** Est-ce que votre patient devrait être pris en charge en coordination et entrer dans le parcours personnes âgées de la CPTS ?

Oui  Non  Ne sait pas

Précisions :

---



---

Acceptez-vous de participer au repérage de la fragilité de la CPTS Metz et environs ?

Oui  Non

**Vous pouvez également répondre  
à ce questionnaire en ligne**



[cpts-metz.fr](http://cpts-metz.fr)

Ne pas jeter sur la voie publique.