

IDENTITÉ PATIENT (prénom, nom, non de jeune fille,  
date de naissance, masculin ou féminin)

## FICHE DE LIAISON

### APA



- Hospitalisation (A cocher par l'EAPA libéral)
- Retour à domicile (A cocher par l'EAPA employé)

Le patient/pratiquant ou la personne de confiance donne son consentement pour transmettre les données identitaires et de santé lui concernant auprès de l'Enseignant APA afin de mener à bien l'accompagnement en APA.

Noms ..... Prénoms ..... Signature

Date de la 1<sup>re</sup> séance APA :

Date de la dernière séance APA :

▪ Objectifs de l'accompagnement APA :

▪ Antécédents médicaux :

▪ Bilan de l'autonomie à la sortie :

### Moteur

❖ **Transfert :**  Seul  Aide Humaine  Aide Technique  
(Précisez :.....)

❖ **Déplacement :**  Seul  Aide Humaine  Aide Technique  
(Précisez :.....)

❖ **Déplacement intérieur en autonomie :**  OUI  NON

❖ **Déplacement extérieur en autonomie :**  OUI  NON

❖ **Montée/Descente des escaliers :**  OUI  NON

❖ **Périmètre de marche :** .....

### Cognition

RAS  Non testé  DTS  Discours incohérent  Troubles mnésique  
 Troubles instrumentaux (dysphasie, dyspraxie, dyslexie...)  Troubles acquis (Agnosie,  
Alexie, Apraxie, Aphasie...)  Troubles de l'attention  Confusion

### Psycho-social

Non testé  Angoisse  Volontaire  Coopérant(e)  Souriant(e)  Agressif  
 Imprudent  Clinophilie  Apathie  Triste  Hypertonie  Hypotonie  
 Opposant(e)  Discret(e)  Amimie  Logorrhée  Fugue

▪ Type de prise en charge APA :

- Equilibration       Renforcement musculaire       Sociabilisation  
 Réentraînement à l'effort       Assouplissements / Étirements  
 Stimulation cognitive       Redynamisation / bien être       Autres (précisez) :

▪ Nombre de séances réalisées :

▪ Évaluation :

Date	Nom du Test	Résultat Pré-test	Résultat Post-test

• Commentaires sur l'accompagnement en APA :

• Identité et contact de l'entreprise et de l'Enseignant en Activité Physique

Adaptée (EAPA) :