

ÉCHELLE DE KATZ

Demandeur

Date d'appel :

Individuel / Groupe :

Nom du prestataire :

Prénom :

Patient

NISS : _ - _ - _ - _ - _ - _ -

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP / localité :

Scoring

Scoring : Laver Habiller Transfert Toilette Continence Manger

Résultat : T2 T7 FA FB FC

Nom du prescripteur :

Prénom :

N° INAMI : _ - _ - _ - _ - _ - _ -

Incontinence combinée : si seulement si 2 dans continence

Démence : Moyenne Grave

Nom prescripteur *:

Prénom :

N° INAMI : _ - _ - _ - _ - _ - _ -

* Si différent de la toilette

Nombre de visite(s) par jour calculé automatiquement par le programme

Si T2, jours de passage : lu – ma – mer – jeu – ve – sa – dim (*facultatif*)

Date de début :

Date de fin :

Durée :

Réception du mail

Date :