



- (a) nécessite une assistance réduite (hospitalisation à domicile)
- (b) nécessite une assistance à domicile continue
- (c) nécessite une assistance à domicile continue pour toutes les activités importantes
- (d) requiert une assistance 24h/24

**Catégories d'incapacités :**

Score total	Niveau d'incapacité
0	Aucune
1	Minime
2-3	Partielle
4-6	Modérée
7-11	Modérément sévère
12-16	Sévère
17-21	Extrêmement sévère
22-24	Etat végétatif
25-29	Stade végétatif extrême
30	Décès

Nom du patient : .....

Date de naissance : .... / .... / .....

Prénom : .....

Date de l'examen : .... / .... / .....