

DEMANDE D'ADPA
Document à remplir par le médecin traitant

NOM

Prénom

Date de naissance

Adresse

.....

■ **PRINCIPALES PATHOLOGIES**

-

-

-

■ **TRAITEMENT**

-

-

-

■ **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX**

(ayant des conséquences sur l'autonomie)

-

-

-

En cas d'atteinte d'une des fonctions qui suivent, précisez :

- ❶ La nature des troubles
- ❷ Leur fréquence
- ❸ Leur évolution prévisible
- ❹ Le recours à un appareillage ou à des aides techniques

■ **FONCTIONS COGNITIVES**

■ **FONCTIONS MOTRICES ET DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR**

■ VISION/AUDITION

■ ÉLIMINATION URINAIRE ET FÉCALE

■ FONCTION CARDIO RESPIRATOIRE

■ AUTRES FONCTIONS ATTEINTES

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES :

A

le

Cachet du Médecin
(indispensable)

Signature (indispensable)

DIRECTION DE LA SOLIDARITE
ET DE LA SANTE PUBLIQUE
PLACE DU 11EME CHASSEURS
BP 90 347
70006 VESOUL CEDEX
Tél. : 03 84 95 70 72
Fax : 03.84 95 72 31
Mél : dssp@haute-saone.fr

L'avenir se construit en Haute-Saône



NOM :

PRENOM :

TRAITEMENT

(préciser le nom des spécialités)

EVALUATION DE L'AUTONOMIE : Grille AGGIR

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne. Il ne faut pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et les soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, canne, fauteuil roulant, prothèses...)

Activités réalisées par la personne seule		NE FAIT PAS	S	T	C	H	AUCUN adverbe ne pose problème
1. Transferts		<input type="checkbox"/>					
2. Déplacements à l'intérieur		<input type="checkbox"/>					
3. Toilette	Haut	<input type="checkbox"/>					
	Bas	<input type="checkbox"/>					
4. Elimination	Urinaire	<input type="checkbox"/>					
	Fécale	<input type="checkbox"/>					
5. Habillage	Haut	<input type="checkbox"/>					
	Moyen	<input type="checkbox"/>					
	Bas	<input type="checkbox"/>					
6. Cuisine		<input type="checkbox"/>					
7. Alimentation	Se servir	<input type="checkbox"/>					
	Manger	<input type="checkbox"/>					
8. Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>					
9. Ménage		<input type="checkbox"/>					
10. Alerter		<input type="checkbox"/>					
11. Déplacements à l'extérieur		<input type="checkbox"/>					
12. transports		<input type="checkbox"/>					
13. Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>					
14. Achats		<input type="checkbox"/>					
15. Gestion		<input type="checkbox"/>					
16. Orientation	Dans le temps	<input type="checkbox"/>					
	Dans l'espace	<input type="checkbox"/>					
17. Cohérence	Communication	<input type="checkbox"/>					
	Comportement	<input type="checkbox"/>					

← cocher la ou les cases concernées

S : Spontanément
T : Totalement
C : Correctement
H : Habituellement



Voir explications ci-dessous

Date de l'évaluation :

NOM du médecin traitant :

Aide pour compléter la grille :

➤ **NE FAIT PAS** : la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire. Si la case NE FAIT PAS est cochée, il est inutile de cocher les 4 suivantes (S T C H)

➤ **Spontanément, Totalement, Correctement, Habituellement** : l'activité est en partie assurée par la personne seule. Dans ce cas identifier 1 ou 2 ou 3 adverbess, celui ou ceux qui posent problème, et qui rend ou rendent indispensables l'intervention d'un tiers.

➤ **AUCUN adverbe ne pose problème** : l'activité est réalisée à la seule initiative de la personne, en totalité et correctement, chaque fois que nécessaire.

DIRECTION DE LA SOLIDARITE
 ET DE LA SANTE PUBLIQUE
 PLACE DU 11EME CHASSEURS
 CS 90 347
 70006 VESOUL CEDEX
 Tél. : 03 84 95 70 72
 Fax : 03.84 95 72 31

L'avenir se construit en Haute-Saône

