

**CONSEQUENCES DES DEFICIENCES : EVALUATION DE L'AUTONOMIE - GRILLE AGGIR**

Elle 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, cannes, fauteuil roulant, prothèses...).

- A** : fait seul totalement, habituellement, correctement.  
**B** : fait partiellement, non habituellement, non correctement.  
**C** : ne fait pas.

En établissement la grille sera réalisée en lien avec l'équipe médicale de l'établissement.		A-B-C (médecin traitant)	A-B-C (équipe médico-sociale)
<b>COHERENCE</b>	converser et/ou se comporter de façon sensée		
<b>ORIENTATION</b>	se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux		
<b>TOILETTE</b>	HAUT - visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage		
	BAS - membres inférieurs, pieds, régions intimes		
<b>HABILLAGE, DESHABILLAGE,</b>	HAUT - vêtements passés par les bras et/ou la tête		
	MOYEN - fermeture des vêtements, boutonnage, fermeture éclair, ceinture, bretelles, pressions		
<b>PRESENTATION</b>	BAS - vêtements passés par le bas du corps y compris les chaussettes, les bas et les chaussures		
<b>ALIMENTATION</b>	SE SERVIR - couper la viande, peler un fruit, remplir son verre		
	MANGER - manger les aliments préparés, les porter à la bouche et avaler		
<b>ELIMINATION</b>	URINAIRE - assumer l'hygiène de l'élimination urinaire		
	FÉCALE - assumer l'hygiène de l'élimination fécale		
<b>TRANSFERTS</b>	se lever, se coucher, s'asseoir		
<b>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR</b>	avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
<b>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR</b>	à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport		
<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b>	utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme		

**APA à domicile**

**APA en établissement**

A ..... le .....

Signature et cachet du médecin traitant

A ..... le .....

Signature et cachet du médecin coordonnateur de l'EHPAD



Département de l'Indre

Direction de la Prévention et du Développement Social - Maison Départementale de la Solidarité

Service Prévention & Conseil Médical

Centre Colbert - Bâtiment E - 4 rue Eugène Rolland - BP 601 - 36020 Châteauroux cedex

Tél : 02 54 08 38 04

Tél : 02 54 08 37 39

à domicile

en établissement

(cocher la case correspondante)

**Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.36)**

**CERTIFICAT MEDICAL**

(à remettre sous pli confidentiel)

Chère Consœur, Cher Confrère,

L'A.P.A. 36 est une prestation en nature, versée à domicile ou en établissement, pour les personnes dépendantes âgées de plus de soixante ans, instruite et financée par le Conseil général.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, le niveau de dépendance du demandeur sera évalué à l'aide d'un certificat médical établi par le médecin traitant pour une APA à domicile ou d'une grille AGGIR établi en établissement par le médecin coordonnateur.

La visite d'une assistante sociale spécialisée et/ou d'une infirmière complètera cette évaluation à domicile."

Si l'intéressé le souhaite, en tant que médecin traitant, vous pouvez être présent à cette visite.

Je me tiens à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Je vous prie de croire, Chère Consœur, Cher Confrère, à l'assurance de ma considération distinguée.

Le Médecin Conseil,

**Etat civil**  
Nom marital : ..... Nom de jeune fille : .....  
Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Adresse du domicile ou de l'établissement : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Date d'entrée en établissement : .....  
Section (LS, SCM, MR) : .....

**Diagnostic principal et traitement motivant la demande :** .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**DESCRIPTION DES PATHOLOGIES ET DES DEFICIENCES** (complétez les rubriques concernant votre patient)  
Pour chaque pathologie, décrire la nature des troubles, leur fréquence, leur évolution prévisible, les contraintes liées au traitement (fréquence des hospitalisations, rééducations spécialisées)

**PATHOLOGIE NEUROLOGIQUE, INTELLECTUELLE ET/OU DU PSYCHISME ET/OU DU COMPORTEMENT ET/OU DU LANGAGE :**  
A.V.C., Parkinson, épilepsie, troubles de la mémoire, de l'orientation temporo-spatiale, de l'humeur, de la vigilance, du comportement, dysarthrie, aphasie,  
.....  
.....  
.....

**PATHOLOGIES SENSORIELLES : VISION - AUDITION :**  
**Etiologie :** ..... Cécité : .....  oui  non  
Amélioration par traitement chirurgical : .....  oui  non  
Troubles associés : .....  
Surdité : .....  oui  non  
Appareillage : .....  oui  non - si oui, est-il adapté ?  oui  non  
Troubles associés (acouphènes, vertiges) : .....

**PATHOLOGIES DIGESTIVES :**  
Troubles de la déglutition, troubles du transit, troubles hépatiques, troubles pancréatiques :  
Stomie : .....  
Type d'alimentation (hachée, mixée,...) : .....

**PATHOLOGIES METABOLIQUES, ENZYMATIQUES :**  
(diabète, obésité) : .....

**PATHOLOGIES URO-NEPHROLOGIQUES :**  
Troubles de l'élimination (rétention, incontinence diurne et/ou nocturne) : .....  
Sonde :  oui  non    Protection :  oui  non  
Dialyse :  oui  non    Fréquence hebdomadaire : .....    Greffe :  oui  non

**PATHOLOGIES LOCOMOTRICES :**  
Préciser la localisation, le type de troubles, : .....  
.....  
Préciser l'appareillage, l'aide technique : .....

**PATHOLOGIE IMMUNITAIRE ET HEMOTOPOITIQUE :**  
(anémie) .....  
Répercussion sur l'état général et psychique : .....

**PATHOLOGIES DE LA FONCTION CARDIO-RESPIRATOIRE :** (Insuffisance cardiaque, asthme, B.P.C.O. - infarctus...)  
Signes fonctionnels : .....  
O<sup>2</sup> : .....

**INTERVENTIONS NECESSAIRES AU MAINTIEN DE LA PERSONNE AGEE A DOMICILE :** (infirmière libérale, S.S.I.A.D., aide à domicile ...)  
.....  
.....  
Fréquence souhaitable : .....

**DES INTERVENTIONS PARAMEDICALES ONT-ELLES ETE PRESCRITES ?**  
(infirmières pour soins, toilette, mobilisations, kinésithérapeutes, autres...)  
.....  
.....

**DES AIDES TECHNIQUES ONT-ELLES ETE PRESCRITES ?**  
(déambulateur, lit médicalisé, siège douche, fauteuil...)  
.....  
.....

**AUTRES AIDES SOUHAITABLES :**  
(aménagement de l'habitat, téléalarme, portage des repas à domicile)  
.....  
.....