

ALERTER

En cas de besoin, la personne peut-elle utiliser SEULE un téléphone, une alarme, une sonnette pour prévenir?

oui non

Précisions :

DÉPLACEMENT - TRANSPORTS

La personne se déplace-t-elle SEULE à pied avec l'aide d'une canne, d'un déambulateur ou en fauteuil roulant à l'extérieur de son domicile ?

oui non

La personne conduit-elle ?

oui non

La personne peut-elle utiliser SEULE un transport en commun (bus, tram, car...) ?

oui non

Précisions :

ORIENTATION

La personne différencie-t-elle bien le jour de la nuit, le matin de l'après-midi ?

oui non

La personne connaît-elle les heures des repas ?

oui non

La personne se repère-t-elle SEULE chez elle ?

oui non

Précisions :

COHÉRENCE

• Communication - Compréhension

La personne peut-elle téléphoner ?

oui non

La personne comprend-elle les phrases simples ?

oui non

La personne peut-elle exprimer des besoins simples ?

oui non

• Comportement

La personne reconnaît-elle ses proches (famille, intervenants...) ?

oui non

La personne oublie-t-elle SOUVENT des faits récents ?

oui non

La personne a-t-elle SOUVENT « les idées embrouillées » ?

oui non

La personne a-t-elle des réactions inadaptées (violence, cris, replis sur soi...) ?

oui non

La personne se met-elle en danger ?

oui non

Si oui, précisez :

Précisions

Vous demandez l'APA pour vous aider à financer : une aide humaine des aides techniques de l'accueil de jour du portage de repas de la téléassistance autres : préciser



ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) QUESTIONNAIRE DEPENDANCE

N° de dossier

Date d'expédition (à compléter par le service)

Date de réception

Ce questionnaire est à remplir par la personne âgée ou son entourage (famille, aide à domicile, aide soignante, etc.) **le plus précisément possible**, en répondant à **toutes** les questions, sans hésiter à exprimer toutes les difficultés rencontrées le jour comme la nuit.
Merci de ne joindre aucun certificat médical, ni grille AGGIR.

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse :

N° : Voie/Rue :

Code postal Commune

Téléphone (obligatoire) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Courriel :

Je soussigné(e) M. ou Mme (nom et prénom)

Certifie exacts les renseignements fournis sur ce document.

SIGNATURE de la personne âgée ou de son entourage en précisant le lien avec la personne âgée

Date: le / /

Nous pourrions avoir besoin de vous contacter au sujet de ce dossier. Pouvez-vous nous indiquer :

- Nom, prénom, lien et numéro de téléphone de la personne qui a rempli ce dossier :

- Nom et numéro de téléphone du service d'aide à domicile (s'il y en a un) :

- Nom et numéro de téléphone du service de soins (s'il y en a un) :

Document renseigné pendant une hospitalisation ou en sortie d'hospitalisation oui non

Conseil départemental du Finistère
Direction des personnes âgées et des personnes handicapées

32 boulevard Duplex
29 196 Quimper Cedex
Tél. 02 98 76 20 20

finistere.fr

SITUATION

- La personne vit seule : oui non
- Sous protection juridique (*tutelle ou curatelle*) : oui non en cours
- La personne est aidée par :
- La famille oui non
 - Une aide à domicile oui non nbre d'heures / sem _____
 - Nom du service : nbre de passages / jour _____
 - Un service de soins (infirmier, aide-soignante) oui non nbre de passages / sem _____
 - Si oui : nbre de passages / jour _____
 - Surveillance thérapeutique oui non
 - Soins d'hygiène oui non
 - Autres oui non
- La personne voit correctement oui non
(avec lunettes si besoin)
- La personne entend correctement oui non
(avec appareil si besoin)

TRANSFERTS - Changer de position : se lever/coucher d'un lit, assis/debout d'une chaise (même avec une potence, déambulateur, siège releveur, lit médicalisé...)

- La personne se lève-t-elle seule de son lit ? oui non parfois
- La personne se couche-t-elle seule dans son lit ? oui non parfois
- La personne se lève-t-elle seule d'une chaise ? oui non parfois
- La personne s'assied-elle seule sur une chaise ? oui non parfois
- Si non qui apporte une aide ? :**
-

DÉPLACEMENTS INTÉRIEURS - Marcher seul, sans aide ou avec une canne ou un déambulateur. Faire rouler SEUL son fauteuil. L'intérieur est constitué du jardin et des pièces à vivre : chambre, cuisine ou salle à manger, salle de bain, W.C., couloir, boîte aux lettres, local poubelle.

- La personne se déplace-t-elle SEULE ? oui non
- Dans l'intégralité de son logement (y compris dans le jardin et jusqu'à la boîte aux lettres) oui non
- La personne fait-elle des chutes ? oui non plus d'1 fois / semaine
- La personne utilise-t-elle : - une canne oui non
- un déambulateur oui non
- un fauteuil roulant oui non

Précisions :**TOILETTE** - On ne tient pas compte de la toilette du dos, du shampoing, des soins de manucure, de pédicurie, ni du brossage des dents

- Le haut du corps (*visage, rasage, torse, aisselles, mains, bras*) oui non en partie
- Le bas du corps (*toilette intime, pieds, jambes*) oui non en partie
- La personne prépare-t-elle SEULE ses affaires de toilette ? oui non

Durée moyenne de la toilette :

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence :**ÉLIMINATION**● **Élimination urinaire**

- La personne a-t-elle des pertes d'urine incontrôlées le jour ? oui non
- La personne a-t-elle des pertes d'urine incontrôlées la nuit ? oui non
- La personne porte-t-elle des protections ? oui non
- La personne change-t-elle SEULE ses protections ? oui non

Si non ou parfois, qui apporte une aide ?**Précisions :**● **Élimination des selles**

- La personne a-t-elle des pertes fécales incontrôlées ? oui non
- La personne s'essuie-t-elle correctement ? oui non
- La personne porte-t-elle des protections ? oui non
- La personne change-t-elle SEULE ses protections ? oui non

Si non ou parfois, qui apporte une aide ?**Précisions :****HABILLAGE/ DÉSHABILLAGE** - On ne tient pas compte des bas à varices ni des chaussettes de contention

La personne s'habille-t-elle de manière satisfaisante et adaptée :

- Le haut du corps (*chemise, pull, etc.*) oui non
- Boutonnage, lacets, ceintures, bretelles... oui non
- Le bas du corps (*slip, collants, chaussettes, chaussures, pantalon, jupe...*) oui non
- Sort-elle seule ses vêtements ? oui non
- Change-t-elle seule de linge quand il est sale ? oui non
- La personne se déshabille-t-elle seule ? oui non
- Durée moyenne pour s'habiller :
- Durée moyenne pour se déshabiller :

Si non ou parfois, qui apporte une aide ?**Précisions :****ALIMENTATION** - Il ne s'agit pas de la préparation des repas. On part du principe que, comme dans les restaurants, les plats sont sur la table

- La personne peut-elle :
- couper la viande oui non
 - se servir à boire oui non
 - peler un fruit oui non
 - ouvrir un yaourt oui non

La personne doit-elle être stimulée pour se servir ? oui nonLa personne mange-t-elle SEULE sans aide ? oui non

Si non, pouvez-vous préciser ?

La personne mange-t-elle proprement ? oui nonLa personne doit-elle être stimulée pour manger ? oui nonLa personne a-t-elle des difficultés pour avaler (*fausse route*) ? oui non

Durée moyenne d'un repas

Précisions :