

GRILLE AGGIR

(à remplir par le médecin traitant)

NOM : Prénom :

Grille à remplir en utilisant :

- A** = fait seul : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement,
B = fait seul mais non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement,
et/ou non correctement,
C = ne fait jamais seul = il faut faire à la place ou « faire faire »

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. Son remplissage exclut tout ce que font les aidants et/ou les soignants, afin de mesurer seulement ce que fait la personne âgée. **Les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, fauteuil roulant, prothèses auditives...).**

GRILLE NATIONALE AGGIR –VARIABLES DISCRIMINANTES		A,B,C	OBSERVATIONS
COHERENCE :	communication		
	comportement		
ORIENTATION :	se repérer dans le temps		
	Se repérer dans l'espace		
TOILETTE :	haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage		
	bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes		
HABILLAGE :	haut : vêtements passés par le bras et/ou la tête		
	moyen : fermetures de vêtements, boutonnage, fermetures éclair, ceintures, bretelles, pressions, soutien gorge		
	bas : vêtements passés par le bas du corps y compris chaussettes, bas, chaussures		
ALIMENTATION : se servir (couper la viande, remplir son verre...)			
manger : porter les aliments et les boissons à sa bouche et avaler			
ELIMINATION :	assurer l'hygiène de l'élimination urinaire		
	assurer l'hygiène de l'élimination anale		
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir			
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant			
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme, télé alarme...			

Votre patient(e) bénéficie-t-il (elle) d'une APA à domicile ?

OUI

NON

Si OUI, précisez le GIR :

CONCLUSIONS :

Cachet et signature du médecin traitant

A
le