

**Direction Générale Adjointe Solidarité**

**Direction de l'Autonomie**

**Evaluation Dépendance Personnes Agées**

☎ Dr Gauthier-Filliot : 04.74.32.58.57

[veronique.gauthier-filliot@ain.fr](mailto:veronique.gauthier-filliot@ain.fr)

☎ Dr Baas : 04.74.32.58.99

[marie-jo.baas@ain.fr](mailto:marie-jo.baas@ain.fr)

☎ Dr Dabout-Nicolas : 04.74.32.58.56

[bernadette.dabout-nicolas@ain.fr](mailto:bernadette.dabout-nicolas@ain.fr)

☎ Dr Pollet : 04.74.32.33.86

[florence.pollet@ain.fr](mailto:florence.pollet@ain.fr)

Réf. : EMAPADOM Mâj18/09/20

**EVALUATION MEDICALE**

**à produire à l'appui d'une demande**

**D'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE  
A DOMICILE**

**A faire remplir par votre médecin traitant généraliste**

Cher Confrère,

Dans l'intérêt de votre patient, je vous serais obligé de bien vouloir m'adresser, sous pli confidentiel «SECRET MEDICAL», ce document médical, à l'adresse suivante : Evaluation Dépendance Personnes Agées – Direction Générale Adjointe Solidarité – BP 50415 – 01012 Bourg-en-Bresse cedex.

Je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes salutations confraternelles.

Docteur Véronique GAUTHIER-FILLIOT

Docteur Marie-Joséphine BAAS

Docteur Bernadette DABOUT-NICOLAS

Docteur Florence POLLET

**NOM :** ..... **Nom de jeune fille :** .....  
**Prénom :** ..... **Date de naissance :** .....  
**Adresse :** .....  
.....

Taille : /\_\_\_\_\_/ cm      Poids : /\_\_\_\_\_/ kg

**\*Diagnostic principal**

**\*Diagnostic associé**

### **1 - Déficiences intellectuelles et/ou du psychisme et/ou difficultés du comportement.**

\* MMS

Si suivi spécialisé joindre le bilan mémoire

\* troubles de la mémoire, de l'orientation temporo-spatiale, du comportement, de l'humeur, déficiences du langage et de la parole, crises comitiales :

### **2 - Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur.**

\* préciser la localisation (en particulier des paralysies), les troubles sensitifs associés, les limitations d'amplitude articulaire ... Préciser les **dates des traumatismes**, l'appareillage, la tolérance.

\* Aide technique     OUI       NON  
Laquelle ?

**\* Périmètre de marche ?**

A - t - il besoin de l'accompagnement d'une tierce personne ?     toujours     jamais     parfois

### **3 - Déficiences de la vision.**

\* Etiologie :

\* Amélioration par traitement médical ou chirurgical :     possible       impossible

\* Acuité visuelle après correction exprimée en dixième :    œil droit /\_\_\_\_\_/    œil gauche /\_\_\_\_\_/

\* Troubles associés :

### **4 - Déficiences de l'audition.**      \* Appareillés ?    OUI      NON

### **5 - Déficiences de la fonction cardio-respiratoire.**

\* signes fonctionnels, signes de décompensation cardiaque, assistance respiratoire éventuelle :

### **6 - Autres déficiences.**

### 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'un service d'aide à domicile ?** OUI  NON
- **d'une infirmière à domicile ?** OUI  NON
- **d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ?** OUI  NON

**si oui indiquer le nom de l'Association d'Aide à Dom et/ou nom de l'infirmière :**

### CONCLUSIONS :

Cachet et signature du médecin traitant

A  
le

**CADRE RESERVE A LA DIRECTION DE L'AUTONOMIE**

**Tampon reçu le**

**NOM Prénom :**

**Territoire concerné :**

**Droits décidés ou procédures en cours :**

GIR ..... APA ..... jusqu'au

CMI I  jusqu'au CMI P  jusqu'au CMI S  jusqu'au

Carte accordée par la MDPH  jusqu'au

**EVALUATION MEDICALE**

Nature de la demande : 1<sup>ère</sup> demande d'APA  Révision  Renouvellement

**GIR Médical**

**CMI**

**Durée**

**Date**

**Commentaires**

**Signature du médecin départemental**