A faire compléter par votre médecin traitant
et à joindre au dossier de demande d'aide à domicile

Demande d'aide à domicile

Autonomie : A.G.G.I.R. (autonomie gérontologique - groupes iso-ressources)

L'aide est sollicitée pour ***(Nom - prénom de la personne)*** .....

Il s'agit d'une situation ❒ chronique ❒ temporaire

VARIABLES DISCRIMINANTES	A*	B*	C*
COHÉRENCE converser et/ou se comporter de façon sensée			
ORIENTATION se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
TOILETTE DU HAUT DU CORPS concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains			
TOILETTE DU BAS DU CORPS concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds			
HABILLAGE HAUT le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras			
HABILLAGE MOYEN le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture et des bretelles			
HABILLAGE BAS le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures			
ALIMENTATION : SE SERVIR couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre			
ALIMENTATION : MANGER porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler			
ÉLIMINATION URINAIRE assurer l'hygiène de l'élimination urinaire			
ÉLIMINATION FÉCALE assurer l'hygiène de l'élimination fécale			
TRANSFERTS se lever, se coucher, s'asseoir			
DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant			
DÉPLACEMENTS À L'EXTÉRIEUR à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport			
COMMUNICATION À DISTANCE utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette, ... dans le but d'alerter			

Date : .....

Signature et cachet du médecin

*A : fait seul(e) totalement, habituellement, correctement
*B : fait partiellement
*C : ne fait pas