

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN ÉTABLISSEMENT

Grille d'évaluation de la dépendance

(Grille A.G.G.I.R.)

A remplir par le médecin coordonnateur de l'établissement*(ne pas mettre dans le pli confidentiel, à joindre au dossier administratif)*

NOM DE NAISSANCE

NOM MARITAL

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

MAISON DE RETRAITE DE

VARIABLES DISCRIMINANTES

	AUTONOMIE (A.B.C*)	OBSERVATIONS
COHÉRENCE <i>converser et/ou se comporter de façon sensée</i>		
ORIENTATION <i>se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux</i>		
TOILETTE <i>assurer son hygiène corporelle</i>		
HABILLAGE <i>s'habiller, se déshabiller, se présenter</i>		
ALIMENTATION <i>se servir et manger les aliments préparés</i>		
ÉLIMINATION <i>assumer l'hygiène et l'élimination urinaire et fécale</i>		
TRANSFERTS <i>se lever, se coucher, s'asseoir</i>		
DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR <i>avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...</i>		
DÉPLACEMENTS À L'EXTÉRIEUR <i>à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport</i>		
COMMUNICATION À DISTANCE <i>utiliser les moyens de communication, téléphone, alarme, sonnette...</i>		

GIR →

À

LE

DOCTEUR

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

Signature et cachet