

RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS SUR LE DEGRE D'AUTONOMIE

Fiche récapitulative AGGIR à remplir par le médecin

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales	Ne fait pas	<u>Ne fait plus</u> Spontanément Totalelement Correctement Habituellement				Ne pose pas de problème
		S	T	C	H	
Transferts						
Déplacements intérieurs						
Toilette	haut					
	bas					
Elimination	urinaire					
	fécale					
Habillage	haut					
	moyen					
	bas					
Cuisine						
Alimentation	se servir					
	manger					
Suivi du traitement						
Ménage						
Alerter						
Déplacements extérieurs						
Transports						
Activités temps libre						
Achats						
Gestion						
Orientation	dans le temps					
	dans l'espace					
Cohérence	communication					
	comportement					

Cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies

GIR

AIDES TECHNIQUES :

- | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Canne | <input type="checkbox"/> | Déambulateur | <input type="checkbox"/> | Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> |
| Matériel à usage unique incontinence | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Lit médicalisé | <input type="checkbox"/> | Lève malade | <input type="checkbox"/> | Autres | |

Date de l'évaluation :

Nom du médecin, cachet et signature

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'épouse et Prénom(s)

.....

Date de naissance :

Nom et coordonnées du médecin traitant (nom, prénom, adresse et téléphone) :

.....

HOSPITALISATIONS RECENTES :

.....

.....

.....

Antécédents médicaux et chirurgicaux	Pathologies actuelles

Traitements en cours

SOINS PALLIATIFS	oui	non
ALLERGIES	oui	non
Si oui, précisez		

CONDUITES A RISQUE		
alcool	oui	non
tabac	oui	non
autre	Précisez :	
sevrage	Oui Depuis quand :	non

TAILLE :	POIDS :
-----------------	----------------

FONCTIONS SENSORIELLES		
Cécité	oui	non
Surdité	oui	non

RISQUE DE FAUSSE ROUTE	oui	non
-------------------------------	-----	-----

REEDUCATION		
kinésithérapie	oui	non
Orthophonie	oui	non
Autre (précisez)		

Monsieur ou Madame (nom du médecin)
atteste que Monsieur ou Madame (nom du patient) ne
souffre d'aucune affection contagieuse, mentale et peut vivre seul(e) de façon autonome à la
résidence autonomie Daniel SACLEUX, établissement non médicalisé.

A, le

Cachet et signature,