

DOSSIER DE PRESENTATION D'UN CANDIDAT POUR L'OCCUPATION D'UN  
LOGEMENT EN RESIDENCE POUR PERSONNES AGEES

QUESTIONNAIRE RELATIF A L'AUTONOMIE

A remplir par le médecin traitant de l'intéressé

NOM ET PRENOM DU CANDIDAT :

DATE DE NAISSANCE :

**Coordonnées du médecin traitant :**

Nom :

Adresse :

Téléphone :

**Aides à domicile actuelles :**

- Auxiliaire de vie       Portage de repas       Téléalarme
- Soins infirmiers       Autre :

Précisions :

.....

.....

.....

.....

**Pathologie(s) ou traitement(s) pouvant influencer sur la vie quotidienne :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Evaluation de l'autonomie : grille nationale AGGIR**

Répondre obligatoirement aux 4 adverbess par Oui ou par Non

Pour le Codage : 4 Oui = A 4 Non = C Autre = B

N°	Activité	Spontanément	Totalement	Correctement	Habituellement	Résultat
1	Transferts	O / N	O / N	O / N	O / N	
2	Déplacement à l'intérieur (Jardin, jusqu'à la porte de la rue)	O / N	O / N	O / N	O / N	
3	Toilette HAUT	O / N	O / N	O / N	O / N	
3	Toilette BAS	O / N	O / N	O / N	O / N	
4	Elimination URINAIRE	O / N	O / N	O / N	O / N	
4	Elimination FECALE	O / N	O / N	O / N	O / N	
5	Habillage HAUT	O / N	O / N	O / N	O / N	
5	Habillage MOYEN (Bretelles, ceintures, boutons)	O / N	O / N	O / N	O / N	
5	Habillage BAS	O / N	O / N	O / N	O / N	
6	Alimentation SE SERVIR	O / N	O / N	O / N	O / N	
6	Alimentation MANGER	O / N	O / N	O / N	O / N	
7	Communication à distance, alerter	O / N	O / N	O / N	O / N	

N°	Activité	Spontanément	Totalement	Correctement	Habituellement	Résultat
8	Déplacement à l'extérieur	O / N	O / N	O / N	O / N	
9	Orientation dans le temps	O / N	O / N	O / N	O / N	
9	Orientation dans l'espace	O / N	O / N	O / N	O / N	
10	Cohérence Communication	O / N	O / N	O / N	O / N	
10	Cohérence Comportement	O / N	O / N	O / N	O / N	
11	Cuisine	O / N	O / N	O / N	O / N	
12	Suivi du traitement	O / N	O / N	O / N	O / N	
13	Ménage	O / N	O / N	O / N	O / N	
14	Transports	O / N	O / N	O / N	O / N	
15	Activités du temps libre	O / N	O / N	O / N	O / N	
16	Achats	O / N	O / N	O / N	O / N	
17	Gestion (Affaires, budget, biens, démarches administratives)	O / N	O / N	O / N	O / N	

Avis médical portant sur l'autonomie du candidat :

.....  
.....  
.....  
.....

Date :

Signature :