

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 Totalemt 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 correspondantes

GIR

Date de l'évaluation :

Nom, cachet et signature du médecin

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)		

Symptômes psycho - comportementaux	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Déambulations pathologiques		
Troubles du sommeil		

Aides techniques	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Déambulateur		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Prothèse		
Orthèse		
Pacemaker		
Autres (préciser) :		

**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

Nom, cachet et signature du médecin,