

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

À faire compléter par un médecin et à adresser sous pli confidentiel au médecin de l'équipe médico-sociale

**SERVICE ÉVALUATION MÉDICALES ET  
 MISSIONS TRANSVERSALES**

**Docteurs DESHAYES, FABRE  
 et LE FORESTIER**

Secrétariat médical  
 Tél. : 02 37 20 12 22 / 29  
 Fax : 02 37 20 12 50  
 secretariat-medical@mda28.fr

Cher confrère,  
 Votre patient(e) demande à bénéficier d'une Allocation Personnalisée d'Autonomie, aide instituée par la loi N°2001-647 du 20 juillet 2001. Pour me permettre d'apprécier au mieux le degré d'autonomie de votre patient(e) selon la grille nationale AGGIR du décret du 21/08/2008, je vous serais obligé de bien vouloir remplir ce questionnaire avec précision, en indiquant toutes les pathologies, déficiences ou incapacités susceptibles d'avoir un retentissement dans l'exécution des actes essentiels de la vie.  
 Je me permets de vous rappeler que l'équipe médicale et l'ensemble des services sont astreints au secret professionnel.  
 Si votre patient(e) le souhaite, vous pouvez assister à la visite du professionnel de la Maison départementale de l'autonomie au domicile de cet(te) dernier(e).  
 Vous remerciant par avance de votre coopération, je vous prie de recevoir mes salutations confraternelles.  
 Docteurs DESHAYES, FABRE et LE FORESTIER

## PERSONNE CONCERNÉE

<b>CIVILITÉ</b>	Monsieur	Madame
<b>NOM</b>	[REDACTED]	
<b>PRÉNOM</b>	[REDACTED]	
<b>NOM DE NAISSANCE</b>	[REDACTED]	
<b>DATE DE NAISSANCE</b>	[REDACTED]	
<b>ADRESSE</b>	[REDACTED]	
	<b>TAILLE</b>	<b>POIDS</b>
	[REDACTED]	[REDACTED]

## PATHOLOGIE(S) ACTUELLE(S) MOTIVANT LA DEMANDE APA

[REDACTED]

Date et lieu de la dernière hospitalisation :

[REDACTED]

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

	Dates
[REDACTED]	[REDACTED]

## TRAITEMENT ACTUEL      matin midi et soir

[REDACTED]	[REDACTED]
------------	------------

## INTERVENANTS MÉDICO-SOCIAUX

Soins infirmiers	OUI	NON
Rééducation (kinésithérapie, orthophonie...)	OUI	NON
Aidants familiaux et autres	OUI	NON
Précisez :		
[REDACTED]		

## DÉFICIENCES DES FONCTIONS SUPÉRIEURES

Votre patient présente-t-il des troubles cognitifs ?

OUI précisez ci-dessous :	NON
Déficience intellectuelle	OUI NON
Troubles de la mémoire	OUI NON
Désorientation temporo-spatiale	OUI NON
Exploration / consultation mémoire	OUI NON
Précisez :	
[REDACTED]	

## TROUBLES DU COMPORTEMENT

Votre patient présente-t-il des troubles du comportement pouvant avoir un impact sur la prise en charge ?

OUI précisez ci-dessous :	NON
Agitation, agressivité, opposition	NON OUI mineurs OUI majeurs
État anxio-dépressif	NON OUI mineurs OUI majeurs
Apathie / Autres	NON OUI mineurs OUI majeurs

## FICHE RÉCAPITULATIVE AGGIR

Pour chaque item, cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON)

Puis codez secondairement A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S, T, C et H.

Si aucun adverbe n'est coché CODEZ A - Si tous les adverbes sont cochés CODEZ C - Si une partie des adverbes est cochée CODEZ B

ACTIVITÉS RÉALISÉES PAR LA PERSONNE SEULE	COCHEZ SI LA RÉPONSE EST NON S=spontanément, H=habituellement, T=totalement, C=correctement				CODE FINAL A,B OU C	PRÉCISIONS :
	S	T	C	H		
TRANSFERTS						<input type="checkbox"/> Tierce personne nécessaire <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Lit médicalisé Antécédents de chutes sur les 3 derniers mois : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 à 3 <input type="checkbox"/> 4 ou plus
DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR						
TOILETTE						
	Haut					
	Bas					
ÉLIMINATION						
	Urinaire					
	Fécale					<input type="checkbox"/> Sonde urinaire <input type="checkbox"/> Protection à usage unique <input type="checkbox"/> Urostomie <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Colostomie
HABILLAGE						
	Haut					
	Moyen					
	Bas					
CUISINE						
ALIMENTATION						
	Se servir					
	Manger					<input type="checkbox"/> Troubles nutritionnels sévères <input type="checkbox"/> Perte de poids récente <input type="checkbox"/> Troubles de la déglutition <input type="checkbox"/> Sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> Gastrostomie
SUIVI DU TRAITEMENT						<input type="checkbox"/> Besoin d'aide pour la préparation et/ou la prise des médicaments
MÉNAGE						
ALERTER						
DÉPLACEMENTS À L'EXTÉRIEUR						
TRANSPORTS						
ACTIVITÉS DU TEMPS LIBRE						
ACHATS						
GESTION						
ORIENTATION						
	Dans le temps					
	Dans l'espace					<input type="checkbox"/> Troubles de la vision
COHÉRENCE						
	Communication					<input type="checkbox"/> Troubles de l'audition
	Comportement					<input type="checkbox"/> Troubles du langage

**GIR ESTIMÉ DE VOTRE PATIENT :**

Le GIR (Groupe Iso-Ressource) évalue la perte d'autonomie de votre patient, de GIR 6 (totalement autonome) à GIR 1 (totalement dépendant)

**MÉDECIN QUI A RENSEIGNÉ LE DOSSIER**

FAIT LE

CACHET ET SIGNATURE