



GRILLE NATIONALE AGGIR 3

DEGRÉ D'AUTONOMIE ET BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités qu'elle effectue ou non. On ne doit pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, prothèses auditives, fauteuil roulant, canne, etc.)

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM NOM de naissance

Prénom Date de naissance

GRILLE À REMPLIR

A : Fait seul(e) spontanément ET totalement ET habituellement ET correctement.

B : Fait seul(e) non spontanément ET/OU non totalement ET/OU non habituellement ET/OU non correctement.

C : Ne fait pas seul(e) OU l'activité est réalisée en partie par la personne, mais tout doit être refait à chaque fois.

			A	B	C
1	TRANSFERTS	• Se lever, se coucher, s'asseoir			
2	DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR	• Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant			
3	TOILETTE	• Haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage			
		• Bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes			
4	ÉLIMINATION	• Assurer l'hygiène de l' élimination urinaire			
		• Assurer l'hygiène de l' élimination fécale			
5	HABILLAGE	• Haut : vêtements passés par les bras et/ou la tête			
		• Moyen : fermeture des vêtements, boutonnage, fermeture éclair, ceinture, pressions			
		• Bas : vêtements passés par le bas du corps, y compris chaussettes, bas, chaussures			
6	ALIMENTATION	• Se servir : couper la viande, peler un fruit, remplir son verre			
		• Manger les aliments préparés			
7	ALERTER	• Utiliser les moyens de communication à distance, téléphone, sonnette, téléalarme			
8	DÉPLACEMENTS À L'EXTÉRIEUR	• À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
9	ORIENTATION	• Se repérer dans le temps : saison, moment de la journée			
		• Se repérer dans l'espace : lieux de vie habituels et lieux nouveaux			
10	COHÉRENCE	• Communication : avec autrui dans la vie courante			
		• Comportement : réactions adaptées aux situations, agressivité			

VOTRE PATIENT(E) BÉNÉFICIE-T-IL (ELLE) ?

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • D'un service de soins à domicile | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • D'une infirmière à domicile | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • D'une aide à domicile | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Fait à Date

**Cachet et signature
du médecin (indispensable)**