

## Dossier de demande

■ Allocation

■ Personnalisée  
d'Autonomie

Dossier individuel à compléter par vos soins et à retourner  
à votre Maison de la Métropole

Nom : DESCHARBIERES

Prénom : Marie Thérèse

Commune : Lyon

**Vous demandez**

- APA à domicile**
- APA établissement**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR**

	Demandeur	Conjoint, concubin, partenaire de PACS
Nom	DESCHARBRIÈRES	DESCHARBRIÈRES
Nom de naissance	JACQUENIN	
Prénom(s)	MARIE-THÉRÈSE	YVES
Date et lieu de naissance	20/05/1930 Lyon	19/05/1927 Lyon
N° de sécurité sociale	230 05 23 386 461 E	127 06 69 386 024 197
Caisse de retraite	AP: cl	AP: cl
Nationalité	française	française
Situation actuelle	<input type="checkbox"/> Célibataire <input checked="" type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin (e) <input type="checkbox"/> PACS	<input checked="" type="checkbox"/> Retraité (e) <input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> sans emploi
	<input type="checkbox"/> divorcé (e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve)	<input checked="" type="checkbox"/> réside au domicile <input type="checkbox"/> réside en établissement <input type="checkbox"/> réside en famille d'accueil <input type="checkbox"/> autre : _____

**Adresse actuelle depuis le : \_\_\_\_\_**

Résidence	Les Euménides	
N° et nom de la voie	152 rue Duguesclin	
Code postal et Ville	69006 Lyon	
Étage /Code interphone	3	
Téléphone :	Portable :	Courriel :
	04 26 00 26 18	
Précisez s'il s'agit d'un(e) :	<input checked="" type="checkbox"/> Domicile privé <input type="checkbox"/> EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendante) <input type="checkbox"/> Résidence autonomie/ foyer logement <input type="checkbox"/> Famille d'accueil agréée (accueil rémunéré chez un particulier)	
Si vous êtes en EHPAD, en résidence autonomie ou en famille d'accueil, <b>Précisez l'adresse de votre dernier domicile :</b>		

**Mesure de protection juridique (joindre la copie du jugement)**

Oui  Non

Si oui, mentionnez, le cas échéant, si vous faites l'objet d'une mesure de :

Sauvegarde de justice  Curatelle  Curatelle renforcée

Tutelle  Habilitation familiale

Nom, adresse de la personne ou de l'association chargée de la mesure :

.....

.....

Téléphone : ..... Courriel : .....

.....

**Personne référente à contacter pour le suivi du dossier**

Nom : DESCHARRIÈRES Prénom : Christine né(e) le : 06/07/1956

Nom de naissance (si différent) : DESCHARRIÈRES

Lien avec le demandeur : filie

Adresse : 12 chemin du Godard 69006 Lyon

Code postal : 69006 Ville : Saint-Denis de la Tour

Téléphone : 04 74 27 26 92 Courriel : christine.descharrieres@gmail.com

Les courriers seront envoyés en copie à cette personne.

\* tel 06.78522320 or 06.28.23.4723  
 e: c.descharrieres@gmail.com

**Autres aides déjà perçues**

	oui	non
Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)		d
Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)		d
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)		d
Prestation de compensation du handicap (PCH)		d
L'aide-ménagère versée par les caisses de retraite		d
L'aide-ménagère versée au titre de l'aide sociale Métropolitaine		d

**Attention :** aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'allocation personnalisée d'autonomie

## Demande simplifiée d'une carte mobilité inclusion (CMI)

L'attribution de la CMI avec les mentions "invalidité" et "stationnement pour personnes handicapées" à titre définitif est automatique pour les personnes bénéficiaires de l'APA dont le niveau de perte d'autonomie est évalué au titre du GIR 1 ou 2.

Si votre perte d'autonomie est évaluée en GIR 3 à 6, l'équipe médico-sociale doit apprécier si votre situation justifie l'attribution d'une CMI.

### Bénéficiez-vous actuellement ?

D'une carte d'invalidité  D'une carte priorité  D'une carte de stationnement

Date de fin de validité ..... Illimitée  N° de dossier MDMPH .....  Département .....

### Dans le cadre de ce dossier APA, souhaitez-vous la délivrance ?

D'une CMI avec mention "invalidité" \* ou "priorité" \* OUI  NON

D'une CMI avec mention "stationnement pour personnes handicapées" \* OUI  NON

*\* prévue à l'article L. 241-3 du CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles)*

## RESSOURCES ANNUELLES ET PATRIMOINE DU FOYER

Joindre la photocopie intégrale (recto verso) du dernier avis d'imposition

Si vous êtes concerné

	Par le demandeur	Par le conjoint/concubin/partenaire de PACS
<b>Revenus soumis à prélèvements libératoires</b> Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu : revenus soumis au prélèvement libératoire en application des articles 125-O A et 125 D du code général des impôts (*)		
Pensions versées par les enfants pour la prise en charge de la perte d'autonomie		

*(\*) Ces revenus tirés de plans d'épargne, actions ou obligations placés auprès d'établissements financiers, ont fait l'objet d'un prélèvement direct, opéré par l'établissement et reversé aux services fiscaux. Ils ne sont pas soumis à l'impôt sur le revenu. Si vous êtes concerné, une attestation vous a été remise par l'établissement qui gère ces placements.*

PATRIMOINE DORMANT

**1/ Biens immobiliers bâtis et non bâtis**

Le demandeur est-il propriétaire de biens ? Oui  Non

**Si oui, joindre la photocopie intégrale (recto verso) de la (des) dernière(s) taxe(s) foncière(s).**

Nature des biens	Adresse	Usage actuel	Montant des revenus fonciers	Propriétaire
<input type="checkbox"/> appartement <input type="checkbox"/> maison <input type="checkbox"/> terre agricole <input type="checkbox"/> autres : _____		<input type="checkbox"/> location <input type="checkbox"/> non exploité <input type="checkbox"/> fermage <input type="checkbox"/> usufruit		<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS
<input type="checkbox"/> appartement <input type="checkbox"/> maison <input type="checkbox"/> terre agricole <input type="checkbox"/> autres : _____		<input type="checkbox"/> location <input type="checkbox"/> non exploité <input type="checkbox"/> fermage <input type="checkbox"/> usufruit		<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS
<input type="checkbox"/> appartement <input type="checkbox"/> maison <input type="checkbox"/> terre agricole <input type="checkbox"/> autres : _____		<input type="checkbox"/> location <input type="checkbox"/> non exploité <input type="checkbox"/> fermage <input type="checkbox"/> usufruit		<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS



Ne pas déclarer la résidence principale si celle-ci est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits-enfants. Article R232-24 (annexe 2-3 du CASF)

**2/Biens mobiliers et capitaux non placés (dont assurance-vie)**

Nature	Montant	Détenteur
Compte N° Banque Populaire	33 k€	<input type="checkbox"/> Demandeur <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS
Frd. placées Banque Populaire	3 k€	<input type="checkbox"/> Demandeur <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS
		<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS
		<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS
		<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint/concubin/partenaire de PACS



Ne pas déclarer les capitaux placés, y compris ceux exonérés d'impôts (livret A, livret de développement durable, plan d'épargne logement, plan d'épargne en actions ...), qui ne constituent pas du patrimoine dormant. En revanche la valeur des contrats d'assurance-vie, qui relèvent du patrimoine dormant, doit être déclarée.

# Demande APA à domicile – Informations complémentaires

Nom de votre médecin traitant : D<sup>r</sup> Jean-François SAFAN  
 Commune Lyon Téléphone : 04 72 74 23 87

## Les aides apportées par un professionnel et/ou par votre entourage

	Noms et coordonnées	Nature	Fréquence	Durée
Proches aidants : famille, amis, voisinage...	Enfants Deschamps Christine Patrick Eric Jerome	Journaux besoin	id	id
Services d'aide à domicile	Delphine d'Urdelans Alia Iliou	- dîner - courses - ménage	5 h / semaine	Début 23/11/21
	Alice Perpetue du Lafayette	dîner courses	4,5 h / sem.	Début 19/11/21
Soins Infirmiers	Parcater Delaney Marion Veillard	soin curatif Gérard Lyon	2 fois par semaine	depuis 07/01/21
Portage de repas	Emilie K	Repas	Tous les jours	Tous les jours

### Avez-vous été récemment hospitalisé(e) ?

- Non  
 Oui, je suis actuellement hospitalisé(e)  
 Oui, indiquer la date du retour à domicile : ..... (joindre obligatoirement un bulletin d'hospitalisation)

En cas de recours à un service d'aide à domicile, j'informe la Métropole de Lyon que (cocher une des 2 cases):

Je connais le service d'aide qui interviendra à mon domicile.

Son nom est .....

Je ne connais pas encore le service d'aide qui interviendra à mon domicile mais j'ai bien noté que je dois prévenir la Maison de la Métropole dès que j'en aurai connaissance.

**ENGAGEMENTS MUTUELS**

LA METROPOLE DE LYON	LE DEMANDEUR
<b>À DOMICILE</b>	<b>À DOMICILE</b>
<p>Si vous êtes éligible à L'APA, un membre de l'équipe médico-sociale effectuera une visite à domicile afin d'établir avec vous un plan d'aide adapté à votre situation. Les frais liés à votre perte d'autonomie seront pris en charge de la manière suivante :</p> <p align="center"><b>Montant du plan d'aide = Versement de la Métropole de Lyon + Participation personnelle du demandeur en fonction de ses ressources et du montant du plan d'aide</b></p> <p>Vous pourrez demander une révision de ce plan d'aide afin qu'il suive l'évolution de vos besoins par simple courrier signé du bénéficiaire ou de son représentant légal.</p>	<p>Je m'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- utiliser les sommes versées comme le prévoit mon plan d'aide.</li> <li>- garder tous mes justificatifs et à les transmettre sur demande de la Maison de la Métropole.</li> <li>- rembourser les sommes allouées par la Métropole et non dépensées comme le prévoit le plan d'aide</li> <li>- signaler à la Maison de la Métropole sans délai tout changement de situation :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- hospitalisation,</li> <li>- entrée en établissement,</li> <li>- déménagement,</li> <li>- changement de situation familiale</li> <li>- changement d'intervenant...)</li> </ul> </li> </ul>
<b>EN ETABLISSEMENT</b>	<b>EN ETABLISSEMENT</b>
<p>Le montant de l'APA dépendra de votre niveau d'autonomie, de vos ressources et du tarif dépendance de votre établissement d'accueil.</p> <p>Votre allocation sera revalorisée une fois par an, en fonction de l'évolution du tarif dépendance de votre établissement d'accueil et de votre perte d'autonomie.</p>	<p>Je m'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- utiliser les sommes versées afin de régler le tarif dépendance de l'établissement.</li> <li>- signaler sans délai tout changement de situation (hospitalisation, changement d'établissement, sortie d'établissement...) à la Maison de la Métropole.</li> </ul>

Je soussigné(e), M. ou Mme DESCHAMBEDES Eric agissant :

- en mon nom propre  
 en ma qualité de tuteur de : .....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier et avoir pris connaissance des engagements mutuels ci-dessus.

Je suis informé(e) que la Métropole de Lyon est autorisée à transmettre à l'ensemble des partenaires médicosociaux (service d'aide à domicile, cabinet infirmier...) toute information concernant mes droits à l'APA (date d'effet du plan d'aide, GIR, nombre d'heures accordées...).

Si mon niveau de perte d'autonomie ne me permet pas de bénéficier de l'APA, j'autorise la Métropole de Lyon à transmettre mon dossier à ma caisse de retraite  Oui  Non

Nom du signataire : DESCHAMBEDES Eric  
 Le 10/01/2022 Signature du demandeur ou de son représentant légal :

Les traitements des demandes sont informatisés, ils sont soumis aux dispositions de la loi « Informatiques et Libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels. Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

1. Toutes les réponses aux différentes questions sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.  
 2. Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.  
 3. En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité à la Maison de la Métropole traitant l'instruction de votre dossier.

## Liste des documents à joindre au dossier

### POUR UNE DEMANDE D'APA A DOMICILE OU EN ETABLISSEMENT

#### Pièces justificatives obligatoires :

- Signer le présent dossier (par la personne ou son représentant légal)**
- Pour les personnes de nationalité française :**
  - Une photocopie de la carte nationale d'identité recto/verso ou
  - Une photocopie intégrale du livret de famille ou
  - Une photocopie du passeport de la Communauté européenne ou
  - Un extrait d'acte de naissance.
- Pour les personnes de nationalité européenne :**
  - Une photocopie de la carte nationale d'identité recto/verso en cours de validité ou
  - Une photocopie du passeport de la Communauté européenne en cours de validité
- Pour les personnes de nationalité étrangère, hors Communauté européenne :**
  - Une photocopie de la carte de résidence recto/verso en cours de validité ou
  - Une photocopie du titre de séjour recto/verso en cours de validité
- Une photocopie intégrale du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu du demandeur, de son conjoint, de son concubin, ou du partenaire d'un PACS.**  
*Pour une demande déposée entre janvier et août de l'année n : fournir l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'année n-2 ; de septembre à décembre, celui de l'année n-1.*
- Relevé d'identité bancaire (RIB) ou postale (RIP) original aux nom et prénom officiels du demandeur.**

#### Pièces complémentaires indispensables :

- Une photocopie intégrale (recto verso) du dernier avis d'imposition relatif aux taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties du demandeur, de son conjoint, de son concubin, ou du partenaire d'un PACS.
- Toute pièce justificative des autres biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du relevé annuel d'assurance vie ...)
- Taxe d'habitation
- Copie du jugement de mise sous protection judiciaire.
- La fiche « transmission du numéro de sécurité sociale »** complétée et signée.

### POUR UNE DEMANDE D'APA A DOMICILE

- Le certificat médical joint dûment complété.

### POUR UNE DEMANDE D'APA EN ÉTABLISSEMENT

- La grille nationale d'évaluation de l'autonomie (grille AGGIR), complétée par l'équipe médicale de l'établissement d'accueil.
- Copie du bulletin de présence en établissement stipulant la date d'entrée.
- Pour les établissements d'accueil se situant hors de la Métropole de Lyon : une copie de l'arrêté de tarification.

**ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)**  
**Transmission du numéro de Sécurité sociale**

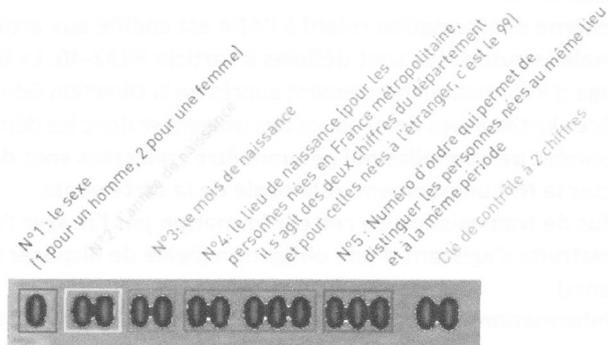
Afin de vous éviter de fournir chaque année vos revenus à votre gestionnaire APA, nous procédons désormais à un échange d'information directement auprès de la Direction Générale des Finances Publiques\*.

**Ce dispositif constitue une source de simplifications en s'inscrivant pleinement dans le principe du « Dites-le-nous une fois » visant à réduire le nombre de pièces justificatives demandées aux usagers et donc les démarches qui leur incombent.**

Pour cela, vous devez nous fournir votre numéro de sécurité sociale et une **photocopie de votre carte vitale**.

Le numéro de Sécurité sociale s'appelle en réalité le NIR pour « numéro d'inscription au répertoire national des personnes physiques ».

**Le numéro de Sécurité sociale**



Je soussigné(e)

NOM : DESCHARRIERES  
Prénom : Marie-Josée  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse/ Téléphone : 152 rue Duguesclin  
69005 Lyon 04 78 00 26 18

- Donne mon consentement pour la collecte et le traitement de mon numéro de sécurité sociale 230 25 69 386 406 / 10 (à compléter) dans le cadre des finalités et des conditions exposées dans le présent document .**

Fait à Lyon le 10/11/2022

Signature du demandeur ou de son représentant légal

**RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES (RGPD)**  
**Notice à destination des usagers concernant la collecte et le traitement des données à caractère personnel**

Le Règlement européen Général sur la Protection des Données 2016/679 du 27 avril 2016 est entré en application le 25 mai 2018 sur le territoire français. Il a entraîné diverses modifications de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 encadrant l'utilisation de données à caractère personnel.

La Métropole de Lyon et sa délégation solidarité, habitat et éducation (DSHE) mettent en œuvre plusieurs traitements informatiques impliquant l'utilisation de données à caractère personnel, destinés à assurer la gestion et le suivi des situations sociales ou médico-sociales des usagers.

À ce titre, la Métropole de Lyon vous informe que la délégation solidarité, habitat et éducation (DSHE) met tout en œuvre pour protéger vos données personnelles et plus particulièrement vos données sociales et médico-sociales. Les informations personnelles recueillies aux fins de gestion des situations médico-sociales conditionnent la délivrance de prestations demandées et la qualité du service rendu à l'utilisateur.

La Métropole de Lyon /DSHE/DVAD est responsable du traitement des données qui lui permettront de recueillir des informations auprès de la DGFIP :

- Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à transmettre chaque année aux départements, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, les informations nécessaires à l'appréciation des ressources des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie, conformément à l'article L.153A du livre des procédures fiscales. Ce dispositif a été créé par la LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.
- Le système d'information relatif à l'APA est codifié aux articles D232-38 à R232-49 du CASF.
- Les finalités autorisées sont définies à l'article R232-40. La finalité du présent traitement est la suivante : un échange d'information directement auprès de la Direction Générale des Finances Publiques visant à réduire le nombre de pièces justificatives demandées aux usagers et donc les démarches qui leur incombent.
- les données personnelles qui peuvent être collectées sont définies à l'article R232-41. Le présent traitement vise à collecter le NIR uniquement et la copie de la carte vitale
- Le refus de transmission de cette information par l'utilisateur l'exposera au fait que sa demande d'APA ne pourra pas être instruite s'agissant d'une obligation légale de disposer du NIR (sans préjudice de l'exercice des autres droits existants).
- Vos informations personnelles seront conservées suivant la durée prévue par la réglementation en vigueur applicable à votre situation à savoir dans le cas présent : 6 ans après la cessation du droit à l'APA

Elles sont traitées par la Métropole de Lyon et ses prestataires avec le même niveau de protection.

Elles sont destinées à la Métropole de Lyon et aux organismes publics dans le cadre de la réglementation en vigueur.

Les données ne sont pas transférées hors de l'Union européenne.

Conformément à la loi Informatique et Libertés modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, d'opposition au traitement de vos données auprès du Délégué à la Protection des données (DPD) de la Métropole de Lyon. Ce dernier peut être contacté par courrier à l'adresse suivante :

- Métropole de Lyon / Délégué à la Protection des données  
20, rue du Lac  
CS 33569  
69505 Lyon cedex 03
- Sur le site internet TOODEGO en utilisant le formulaire dédié : <https://demarches.toodego.com/sve/proteger-mes-donnees-personnelles/>

Il vous est précisé également que la Métropole pourra vous apporter tout complément d'information sur la protection de vos données personnelles et, le cas échéant être amenée à solliciter votre consentement pour tout traitement complémentaire de ces données.

Par ailleurs, la personne concernée par le traitement de données à caractère personnel peut saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à tout moment.

1/ Pour Madame DESCHAPRIÈRE  
Marie-Thérèse

# Allocation Personnalisée d'Autonomie



# Certificat

# Médical

**GRANDLYON**  
la métropole

Cher confrère,

Votre patient(e) a déposé une demande d'allocation personnalisée d'autonomie.

Pour permettre d'apprécier au mieux sa perte d'autonomie, je vous invite à compléter cette évaluation médicale et à la lui remettre sous pli confidentiel, en joignant tout document complémentaire que vous jugeriez utile.

Pour l'élaboration de son plan d'aide qui tient compte des besoins de votre patient mais également de son environnement, je pourrais être amené à vous contacter.

Je me permets de vous rappeler que l'ensemble des personnes constituant l'équipe médico-sociale est astreint au secret professionnel. (Article 378 du Code Pénal)

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prie d'accepter mes confraternelles salutations.

Le médecin de l'équipe médico-sociale

#### Identification du demandeur

Nom DECHAUMIERE Prénom Marie Thérèse Date de naissance 21.10.1930  
Adresse 152 rue Duguesclin 69006 Lyon

Poids :                      Taille :

#### Diagnostic principal motivant la demande

Troubles neuro-psycho. sévères

#### Autres pathologies ayant des répercussions sur la perte d'autonomie

ATA  
Anxiété

#### Traitements en cours

P.N.P. MANDOL  
CANDELIATIN  
LEXORIL

Le traitement est :

pris de façon autonome     préparé par l'entourage (préciser si IDE)     donné par entourage

IDE

**Vue** :  normale  corrigée  non corrigée

**Audition** :  normale  surdité appareillée  surdité non appareillée

### Cohérence

Réponse adaptée aux questions  oui  non

Bonne capacité de raisonnement  oui  non

Bonne capacité de jugement  oui  non

Troubles mineurs du comportement (manque d'initiative, opposition), lesquels..... *Aprouvé*

Troubles majeurs du comportement (agitation, fugue, cri) lesquels.....

**Orientation dans le temps**  bien orientée  troubles mineurs  troubles majeurs

**Orientation dans l'espace**  bien orientée  troubles mineurs  troubles majeurs

Score MMS (s'il est connu) : .....

### Déplacements dans le domicile

Son périmètre de marche est estimé à : ..... *20* mètres

Seul (e) avec ou sans aide technique (canne, déambulateur, fauteuil roulant) : entourer la ou les mentions utiles.

Déplacements accompagné par un tiers

Déambulation diurne / nocturne : entourer la ou les mentions utiles.

Confiné (e) au lit

### Alimentation

Votre patient (e) présente-t-il (elle) un risque de fausse route avéré  oui  non

**Incontinence urinaire**  oui  non

Porteur de stomie urinaire  change sa poche sans aide

Dialyse

**Incontinence fécale**  oui  non

Porteur de stomie  change sa poche sans aide

### Éléments importants

Insuffisance cardiaque sévère avec dyspnée au moindre effort  oui  non

Assistance respiratoire avec oxygénothérapie continue  oui  non

Dysarthrie  oui  non      Aphasie  oui  non

Votre patient a-t-il bénéficié d'un bilan gériatrique  oui  non  en cours

Lieu du bilan : .....

**Autres éléments à porter à la connaissance de l'équipe médico-sociale**

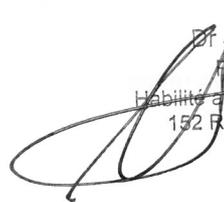
.....  
.....  
.....

**Aides existantes**

- Aides à domicile
- Infirmières
- Kinésithérapeutes
- Portage de repas
- Télé-alarme
- Aidants familiaux
- Autres : .....

Date 22/12/2021

**Signature et cachet du médecin**

  
Dr Jean-François SAFAR  
RPPS 10004068804  
Habilité au Tribunal des Tutelles de Lyon  
152 Rue Duguesclin 69006 LYON  
04 72 74 23 87

## EVALUATION DE L'AUTONOMIE GRILLE NATIONALE AGGIR

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne ; il ne faut pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et les soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, cannes, fauteuil roulant, prothèses...)

### CAPACITES DE REALISATION DE LA PERSONNE SEULE

**Ne fait pas du tout** = la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire.  
Si la case « Ne fait pas du tout » est cochée : il est inutile de cocher les suivantes.

**Fait, mais pas Spontanément (S)**  
**Fait, mais pas Totalelement (T)**  
**Fait seule** = en complète autonomie.

**Fait, mais pas Correctement (C)**  
**Fait, mais pas Habituellement (H)**

Nom :	NE FAIT PAS DU TOUT	FAIT, MAIS PAS...				FAIT SEULE
		S	T	C	H	
Prénom :						
1. TRANSFERTS (se lever, se coucher, s'asseoir)						X
2. DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR						X
3. TOILETTE	Haut			X		
	Bas			X		
4. HYGIENE DE L'ELIMINATION	Urinaire	X				
	Fécale					X
5. HABILLAGE, DESHABILLAGE	Haut			X		
	Moyen			X		
	Bas			X		
6. CUISINER (préparer les repas)		X				
7. ALIMENTATION	Se Servir			X		
	Manger					X
8. SUIVI DU TRAITEMENT MEDICAL		X				
9. MENAGE (effectuer les travaux ménagers courants)		X				
10. ALERTER (avec téléphone, alarme, sonnette...)		X				
11. DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR		X				
12. TRANSPORTS (déplacements collectif ou individuel)		X				
13. ACTIVITES (pratique volontaire, seule ou en groupe)		X				
14. ACHATS (acquisition volontaire de biens)		X				
15. GESTION (administrative et financière)		X				
16. ORIENTATION	Se repérer dans le temps	X				
	Se repérer dans l'espace					
17. COHERENCE	Communication				X	
	Comportement				X	

Grille remplie :  À domicile  
 Au cabinet  
 En équipe pluridisciplinaire

Date de l'évaluation : 22/12/2021

Cachet et signature  
Dr Jean-François SAFAR  
RPPS 10004068804  
Habilité au Tribunal des Tutelles de Lyon  
152 Rue Duguesclin 69006 LYON  
04 72 74 23 87