DIRECTION de la SOLIDARITE et de l'ACTION SOCIALE

■ DIRECTION PERSONNES AGEES – PERSONNES HANDICAPEES

DOSSIER D'ÉVALUATION MEDICO SOCIALE
ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

IDENTIFICATION

NOM de NAISSANCE		SEXE	
NOM	CORNIER	NÉ(E) LE :	
ADRESSE		ÂGE	
COMPLEMENT ADRESSE			
N° DIGICODE		ENTRÉE	
CODE POSTAL		N° ETAGE	
N° TELEPHONE		N° APPT	
N° SECURITÉ SOCIALE		REGIME RETRAITE PRINCIPAL	

RÉFÉRENT PRINCIPAL

PERSONNE À CONTACTER	
ADRESSE	
CP COMMUNE	
N° TÉLÉPHONE	FAX
HORAIRES	EMAIL

DEMANDE

TYPE DEMANDE	
DATE RÉCEPTION DOSSIER	DOSSIER COMPLET
DATE DÉBUT DE DROIT	FIN DE DROIT

VISITE

DATE	MOTIF	HEURE
ORGANISME	PERSONNE	TEL.

RÉFÉRENT SERVICE TERRITORIAL PA-PH et DIRECTION PA-PH

SERVICE TERRITORIAL DE RÉFÉRENCE	
N° TÉL. service territorial PAPH	NOM DU RÉFÉRENT
N° TÉL. ADMINISTRATIF	NOM DE L'AGENT

% de PARTICIPATION : «DemandeTauxParticipation»
Aide précédente : «AllocPrecedente»

HABITAT

TYPE	☐ APPARTEMENT	☐ LOGEMENT FOYER	☒ MAISON INDIVIDUELLE	☐ AUTRES
STATUT	☒ PROPRIÉTAIRE	☐ LOCATAIRE	☐ HEBERGE (Usufruit ou gracieux)	☐ AUTRES (Foyers)
ACCESSIBILITÉ	☒ ETAGE SANS ASCENSEUR	☐ PRESENCE DE MARCHES OU DE NIVEAUX DIFFÉRENTS	☐ SOLS DEFECTUEUX	
SANITAIRES	☐ ABSENCE EAU COURANTE	☐ ABSENCE EAU CHAUDE	☐ WC EXTÉRIEUR, ABSENT OU NON ADAPTÉ	☐ ABSENCE DE SALLE DE BAIN
CHAUFFAGE	☐ PROBLÈMES D'APPROVISIONNEMENT		☐ CHAUFFAGE DEFECTUEUX OU INEXISTANT	
EQUIPEMENT	☐ ÉLECTROMÉNAGER INSUFFISANT	☐ MOBILIER INSUFFISANT	☐ ABSENCE DE TÉLÉPHONE	
LOGEMENT	☐ INSALUBRE	☐ TROP PETIT	☐ INACCESSIBLE AU VU DU DEGRÉ DE PERTE D'AUTONOMIE	
COMMENTAIRES :				

ENVIRONNEMENT

LA PERSONNE VIT	☒ SEULE	☐ AVEC UNE PERSONNE EN PERTE D'AUTONOMIE	☐ AVEC UNE PERSONNE AUTONOME			
	☐ AVEC UN OU PLUSIEURS ENFANTS	☐ DANS UN FOYER RÉSIDENCE	☐ AUTRES			
CONTACTS	SEMAINE			WE / VACANCES		
	NON	OUI	FRÉQUENCE	NON	OUI	FRÉQUENCE
FAMILLE		<i>filles</i>	<i>15 les 2 jours</i>			
VOISINAGE		<i>amis</i>				
PROFESSIONNEL						
COMMENTAIRES :						
<i>3 enfants: Hark Saneie Anbaent Larouille.</i>						
<i>N° de cde de 2.2.11. (Votjes)</i>						

ACTIVITES

☒ REGARDER LA TÉLÉVISION	☐ TRICOT	☐ VOYAGES
☐ ECOUTER LA RADIO	☐ JARDINAGE	☐ LOISIRS COLLECTIFS
☐ LIRE LE JOURNAL	☐ BRICOLAGE	☐ VIE ASSOCIATIVE
☐ LECTURE		☐ AUTRES ACTIVITES

COMMENTAIRES :

collectif de livres

SANTE

MEDECIN TRAITANT

Dr Haug

Haug

ADRESSE MEDECIN

Nancy

TELEPHONE MEDECIN

PORT D'UN APPAREIL AUDITIF

PORT DE LUNETTES

PORT D'UNE TELEALARME

PRISE DE TROIS MEDICAMENTS DIFFÉRENTS OU PLUS PAR JOUR

HOSPITALISATION AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

- Fréquence : ... 1 mois ... Hôpital St Charles ...

COMMENTAIRES :

HEBERGEMENT COLLECTIF

- DANS LA SITUATION ACTUELLE , SOUHAITERIEZ-VOUS ENTRER EN

	De façon temporaire	De façon permanente	Non
☐ FOYER RESIDENCE	☐	☐	☒
☐ EHPAD	☐	☐	☒
- AVEZ VOUS DEJA DEPOSE UN DOSSIER	☐ OUI	☒ NON	
- pourquoi ?

SOINS ET AIDES EXISTANTS

<u>Ce qui existe</u>	<u>Déroulement de journée</u>	<u>Ce qu'il manque</u>
<p>Aide à la personne</p>	<p>rehan à domicile lit ds le meuble de séjour. fille ts les 2 jours petit déjeuner. M^{re} Michouffe sur repas</p> <p>taillette au lavabo. 1h 2 p par semaine. se rase seul. infirmière 2 p par semaine 17h prépare les médicaments. fille, courses. M^{re} met le éclair. sat seul.</p>	<p>Aide à la personne</p>
<p>Aide à l'environnement</p> <p>ADAPA</p>	<p>M^{re} ne conduit plus - ménage : 2h par 2 p par semaine lundi et mercredi causes. ménage. repassage. bilislaire.</p>	<p>Aide à l'environnement</p>
<p>Surveillance médicale</p>	<p>speiwdlnk avec se fille -</p>	<p>Surveillance médicale</p>

Ce qui existe

Déroulement de journée

Ce qu'il manque

Aides techniques

7 repas à domicile. CCAS de Nang
midi et soir.
Came pour esthivier

Aides techniques

Adaptation du logement

Adaptation du logement

Accueil temporaire

Accueil temporaire

Accueil de Jour

Accueil de Jour

Autres

Autres

FICHE RECAPITULATIVE AGGIR

Date :
Nom :
Prénom :

Activités réalisées par la Personne Seule	Toutes les cases des adverbess doivent être renseignées : O = Oui N = Non				S : spontanément T : totalement C : correctement H : habituellement		Code Final	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales
	S	T	C	H	Code	Code Final		
1- Transfert	☐	☐	☐	☐			☐	<p>La personne ne fait jamais l'activité analysée seule, même partiellement, même difficilement. Il faut faire faire, faire à sa place, ou refaire.</p> <p>Si réponse OUI : coder C Si réponse NON : renseigner les 4 adverbess</p> <p>Une seule réponse NON parmi les 4 adverbess = B Sinon = A</p> <p><u>Code final si sous - variables</u></p> <p>* Cohérence : AA = A CC,CB,BC,CA,AC = C AB,BA,BB = B</p> <p>*Orientation : AA = A CC,CB,BC,CA,AC = C AB,BA,BB = B</p> <p>* Toilette : AA = A CC = C Autres = B</p> <p>* Habillage AAA = A CCC = C Autres = B</p> <p>* Alimentation AA = A CC,BC,CB = C Autres = B</p> <p>* Elimination AA = A CC,BC,CB,AC,CA = C Autres = B</p>
2 - Déplacements à l'intérieur	☐	☐	☐	☐			☐	
3 - Toilette	Haut	☐	☐	N	☐	B	☐	
	Bas	☐	☐	N	☐	B	☐	
4 - Elimination	Urinaire	☐	☐	☐	☐	A	A	
	Fécale	☐	☐	☐	☐	A	A	
5 - Habillage	Haut	☐	N	☐	☐	B	☐	
	Moyen	☐	N	☐	☐	B	☐	
	Bas	☐	N	☐	☐	B	☐	
6 - Cuisine	☐	☐	☐	☐			C	
7 - Alimentation	Se servir	☐	☐	☐	☐	U	☐	
	Manger	☐	☐	☐	☐	U	☐	
8 - Suivi du traitement	☐	☐	☐	☐			B	
9 - Ménage	☐	☐	☐	☐			C	
10 - Alerter	☐	☐	☐	☐			☐	
11 - Déplacements à l'extérieur	☐	☐	☐	☐			☐	
12 - Transports	☐	☐	☐	☐				
13 - Activités du temps libre	☐	☐	☐	☐				
14 - Achats	☐	☐	☐	☐				
15 - Gestion	☐	☐	☐	☐			C	
16 - Orientation	Dans le temps	☐	☐	☐	☐	U	☐	
	Dans l'espace	☐	☐	☐	☐	U	☐	
17 - Cohérence	Communicat°	☐	☐	☐	☐	U	☐	
	Comportement	☐	☐	☐	☐	U	☐	

PLAN D'AIDE :

Nature de l'intervention	Intervenant	Tarif	Quantité	Détail
	Indiquer ici les noms et coordonnées de la personne ou de l'association	Selon la nature de l'intervention : gré à gré, mandataire, prestataire, forfait jour, forfait nuit, forfait WE ou montant de la prestation - Indiquer le financeur de cette prestation	Indiquer le nombre total d'heures, de repas, de forfaits attribués par mois Sauf pour l'adaptation au logement qui correspondra à un total pour un droit	Indiquer ici le détail de la prestation
Exemple de plan d'aide: Aide à la personne - Aide à domicile	Prestataire	CG	52	1 heure le matin 6j/7 (toilette - habillage - petit déjeuner - prise de médicaments) ½ heure à midi 6j/7 (surveillance des repas et soins d'hygiène) ½ heure le soir 6j/7 (aide au coucher)
Aide Technique Rehausseur toilette		60 € FA	1	
Adaptation du logement		3050 €	1	Adaptation de la salle de bain versement en 4 fois
<u>Aide à la personne</u>				
<u>Aide à l'environnement</u>				
<p style="text-align: right;">repas Mlle alaine : CCAS.</p>				

Nature de l'intervention	Intervenant	Tarif	Quantité	Détail
Aides techniques				
Adaptation du logement				
Accueil de jour				
Accueil temporaire				
Autres				
Groupe Orchidée	Oui	Non		
Association Alzheimer	☐	☐		
Autres associations	☐	☐		

VISITE DE SUIVI

L'EVOLUTION PRÉVISIBLE DE L'ÉTAT D'AUTONOMIE DEMANDE UNE VISITE EN : 'MM/AAAA'

COMMISSION

CE DOSSIER NÉCESSITE UN PASSAGE EN COMMISSION

Motif :

COMMENTAIRES

Large empty box with horizontal dashed lines for writing comments.