

ALERTER

En cas de besoin, la personne peut-elle utiliser SEULE un téléphone, une alarme, une sonnette pour prévenir?
☐ oui ☐ non

Précisions :

DÉPLACEMENT - TRANSPORTS

La personne se déplace-t-elle SEULE à pied avec l'aide d'une canne, d'un déambulateur ou en fauteuil roulant à l'extérieur de son domicile ? ☐ oui ☐ non

La personne conduit-elle ? ☐ oui ☐ non

La personne peut-elle utiliser SEULE un transport en commun (bus, tram, car...) ? ☐ oui ☐ non

Précisions :

ORIENTATION

La personne différencie-t-elle bien le jour de la nuit, le matin de l'après-midi ? ☐ oui ☐ non

La personne connaît-elle les heures des repas ? ☐ oui ☐ non

La personne se repère-t-elle SEULE chez elle ? ☐ oui ☐ non

Précisions :

COHÉRENCE

• Communication - Compréhension

La personne peut-elle téléphoner ? ☐ oui ☐ non

La personne comprend-elle les phrases simples ? ☐ oui ☐ non

La personne peut-elle exprimer des besoins simples ? ☐ oui ☐ non

• Comportement

La personne reconnaît-elle ses proches (famille, intervenants...) ? ☐ oui ☐ non

La personne oublie-t-elle SOUVENT des faits récents ? ☐ oui ☐ non

La personne a-t-elle SOUVENT « les idées embrouillées » ? ☐ oui ☐ non

La personne a-t-elle des réactions inadaptées (violence, cris, replis sur soi...) ? ☐ oui ☐ non

La personne se met-elle en danger ? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez :

Précisions

.....

Vous demandez l'APA pour vous aider à financer : une aide humaine ☐ des aides techniques ☐ de l'accueil de jour ☐ du portage de repas ☐ de la téléassistance ☐ autres ☐ : préciser



Finistère
Penn-ar-Bed
LE DÉPARTEMENT

Conseil départemental du Finistère
Direction des personnes âgées et des personnes handicapées

32 boulevard Dupleix
29 196 Quimper Cedex

Tél. 02 98 76 20 20

finistere.fr



ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)
QUESTIONNAIRE DEPENDANCE

N° de dossier

Date d'expédition (à compléter par le service)

Date de réception

Ce questionnaire est à remplir par la personne âgée ou son entourage (famille, aide à domicile, aide soignante, etc.) **le plus précisément possible**, en répondant à **toutes** les questions, sans hésiter à exprimer toutes les difficultés rencontrées le jour comme la nuit.
Merci de ne joindre aucun certificat médical, ni grille AGGIR.

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|

Adresse :

N°: Voie/Rue :

Code postal..... Commune

Téléphone (*obligatoire*) : |_|_|_|_|_|_|_|_| Courriel:.....

Je soussigné(e) M. ou Mme.....(nom et prénom)

Certifie exacts les renseignements fournis sur ce document.

SIGNATURE de la personne âgée ou de son entourage en précisant le lien avec la personne âgée

.....

Date: le / /

Nous pourrions avoir besoin de vous contacter au sujet de ce dossier. Pouvez-vous nous indiquer :

- Nom, prénom, lien et numéro de téléphone de la personne qui a rempli ce dossier :

.....

- Nom et numéro de téléphone du service d'aide à domicile (s'il y en a un) :

.....

- Nom et numéro de téléphone du service de soins (s'il y en a un) :

.....

Document renseigné pendant une hospitalisation ou en sortie d'hospitalisation oui ☐ non ☐

SITUATION

La personne vit seule :

☐ oui

☐ non

Sous protection juridique (*tutelle ou curatelle*) :

☐ oui

☐ non

☐ en cours

La personne est aidée par :

- La famille

☐ oui

☐ non

- Une aide à domicile

☐ oui

☐ non

nbre d'heures / sem

- Nom du service :

nbre de passages / jour

.....

- Un service de soins (infirmier, aide-soignante)

☐ oui

☐ non

nbre de passages / sem

.....

- Si oui :

nbre de passages / jour

.....

Surveillance thérapeutique

☐ oui

☐ non

Soins d'hygiène

☐ oui

☐ non

Autres

☐ oui

☐ non

La personne voit correctement

☐ oui

☐ non

(avec lunettes si besoin)

La personne entend correctement

☐ oui

☐ non

(avec appareil si besoin)

TRANSFERTS - Changer de position : se lever/coucher d'un lit, assis/debout d'une chaise (même avec une potence, déambulateur, siège releveur, lit médicalisé...)

La personne se lève-t-elle seule de son lit ?

☐ oui

☐ non

☐ parfois

La personne se couche-t-elle seule dans son lit ?

☐ oui

☐ non

☐ parfois

La personne se lève-t-elle seule d'une chaise ?

☐ oui

☐ non

☐ parfois

La personne s'assied-elle seule sur une chaise ?

☐ oui

☐ non

☐ parfois

Si non qui apporte une aide ? :

.....

DÉPLACEMENTS INTÉRIEURS - Marcher seul, sans aide ou avec une canne ou un déambulateur. Faire rouler SEUL son fauteuil. L'intérieur est constitué du jardin et des pièces à vivre : chambre, cuisine ou salle à manger, salle de bain, W.C., couloir, boîte aux lettres, local poubelle.

La personne se déplace-t-elle SEULE ?

☐ oui

☐ non

Dans l'intégralité de son logement (y compris dans le jardin et jusqu'à la boîte aux lettres)

☐ oui

☐ non

La personne fait-elle des chutes ?

☐ oui

☐ non

☐ plus d'1 fois / semaine

La personne utilise-t-elle :

- une canne

☐ oui

☐ non

- un déambulateur

☐ oui

☐ non

- un fauteuil roulant

☐ oui

☐ non

Précisions :

.....

TOILETTE - On ne tient pas compte de la toilette du dos, du shampoing, des soins de manucure, de pédicurie, ni du brossage des dents

- Le haut du corps (*visage, rasage, torse, aisselles, mains, bras*)

☐ oui

☐ non

☐ en partie

- Le bas du corps (*toilette intime, pieds, jambes*)

☐ oui

☐ non

☐ en partie

- La personne prépare-t-elle SEULE ses affaires de toilette ?

☐ oui

☐ non

Durée moyenne de la toilette :

.....

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence :

.....

ÉLIMINATION

Élimination urinaire

La personne a-t-elle des pertes d'urine incontrôlées le jour ?

☐ oui

☐ non

La personne a-t-elle des pertes d'urine incontrôlées la nuit ?

☐ oui

☐ non

La personne porte-t-elle des protections ?

☐ oui

☐ non

La personne change-t-elle SEULE ses protections ?

☐ oui

☐ non

Si non ou parfois, qui apporte une aide ?

Précisions :

Élimination des selles

La personne a-t-elle des pertes fécales incontrôlées ?

☐ oui

☐ non

La personne s'essuie-t-elle correctement ?

☐ oui

☐ non

La personne porte-t-elle des protections ?

☐ oui

☐ non

La personne change-t-elle SEULE ses protections ?

☐ oui

☐ non

Si non ou parfois, qui apporte une aide ?

Précisions :

HABILLAGE/ DÉSHABILLAGE - On ne tient pas compte des bas à varices ni des chaussettes de contention

La personne s'habille-t-elle de manière satisfaisante et adaptée :

- Le haut du corps (*chemise, pull, etc.*)

☐ oui

☐ non

- Boutonnage, lacets, ceintures, bretelles...

☐ oui

☐ non

- Le bas du corps (*slip, collants, chaussettes, chaussures, pantalon, jupe...*)

☐ oui

☐ non

- Sort-elle seule ses vêtements ?

☐ oui

☐ non

- Change-t-elle seule de linge quand il est sale ?

☐ oui

☐ non

- La personne se déshabille-t-elle seule ?

☐ oui

☐ non

- Durée moyenne pour s'habiller :

- Durée moyenne pour se déshabiller :

Si non ou parfois, qui apporte une aide ?

Précisions :

ALIMENTATION - Il ne s'agit pas de la préparation des repas. On part du principe que, comme dans les restaurants, les plats sont sur la table

La personne peut-elle :

- couper la viande

☐ oui

☐ non

- se servir à boire

☐ oui

☐ non

- peler un fruit

☐ oui

☐ non

- ouvrir un yaourt

☐ oui

☐ non

La personne doit-elle être stimulée pour se servir ?

☐ oui

☐ non

La personne mange-t-elle SEULE sans aide ?

☐ oui

☐ non

Si non, pouvez-vous préciser ?

La personne mange-t-elle proprement ?

☐ oui

☐ non

La personne doit-elle être stimulée pour manger ?

☐ oui

☐ non

La personne a-t-elle des difficultés pour avaler (*fausse route*) ?

☐ oui

☐ non

Durée moyenne d'un repas

Précisions :

.....