

Grille A.G.G.I.R. - Etablissement

(à joindre à une demande de Prestation Spécifique Dépendance en hébergement)

État civil et déclaration du demandeur

Nom de naissance Epouse Prénom

Date de naissance Cachet de l'établissement obligatoire

AUTONOMIE (A, B ou C)

A : fait seul totalement, habituellement, correctement

B : Fait partiellement

C : Ne fait pas

1- **Cohérence** |

Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée

2- **Orientation** |

Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux

3- Toilette

• Toilette du haut du corps |

Assurer son hygiène corporelle

• Toilette du bas du corps |

Assurer son hygiène corporelle

4- Habillage

• Habillage haut |

S'habiller, se déshabiller, se présenter

• Habillage moyen |

S'habiller, se déshabiller, se présenter

• Habillage bas |

S'habiller, se déshabiller, se présenter

5- Alimentation

• Se servir des aliments préparés |

• Manger les aliments préparés |

6- Hygiène de l'élimination

• Elimination urinaire |

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire

• Elimination fécale |

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale

7- **Transferts** |

Se lever, se coucher, s'asseoir

8- **Déplacements à l'intérieur** |

Avec ou sans canne, déambulateur ou fauteuil roulant

9- **Déplacements à l'extérieur** |

A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport

10- **Communication à distance** |

Utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette

Je soussigné(e) : Nom Prénom En qualité de

certifie sur l'honneur, exacts les renseignements indiqués ci-dessus (article 150 du code pénal sur les fausses déclarations).

Fait le à Signature obligatoire



LOIRE
ATLANTIQUE



CONSEIL GENERAL

annexe D

Réservé à la D.I.S.S.
ne rien inscrire

Iso-groupe :

Fait à Nantes,

le

Docteur

Signature