

ADPA en résidence autonomie
Réalisée par délégation par les responsables des résidences autonomie
mva.so2a@vendee.fr

1- Identité de la personne évaluée : Dossier hors département

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

2- Résidence autonomie : Numéro de téléphone :

Hébergement temporaire Du/...../..... Au/...../.....

Demande de prolongation d'hébergement temporaire faite le :

Hébergement permanent Depuis le/...../.....

ADPA 1^{ère} demande faite le : ou date de la dernière notification le :

Le formulaire : « *changement de situation* » a été adressé le :

3- Grille AGGIR de la personne évaluée :

Activités réalisées par la personne seule	A	B				C	Code Final A/B/C
		S	T	C	H		
Transferts							
Déplacements intérieurs							
Toilette	haut						
	bas						
Habillage	haut						
	moyen						
	bas						
Alimentation	se servir						
	manger						
Elimination	urinaire						
	fécale						
Alerter							
Déplacements extérieurs							
Orientation	temporelle						
	spatiale						
Cohérence	communication						
	comportement						

GIR

1- Evaluation des besoins :

		SSIAD - IDE libérale		Intervenants	
		Fréquence	Nbre de jours/semaine	Fréquence	Nbre de jours/semaine
Toilette, habillage, déshabillage : gestion de l'élimination, réfection du lit et entretien du petit matériel (montauban, urinal, ...)	Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination : passage supplémentaire pour change, pour nettoyage des toilettes, si besoin réfection du lit, entretien du petit matériel, vider la poche de recueil d'une sonde urinaire...	Jour			<input type="checkbox"/>
	Nuit			<input type="checkbox"/>
Déplacement : en salle à manger, accompagnement au repas	Matin			<input type="checkbox"/>
	Midi			<input type="checkbox"/>
	Goûter			<input type="checkbox"/>
	Soir			<input type="checkbox"/>
Alimentation : besoin d'aide pour manger				<input type="checkbox"/>
Tâches ménagères				<input type="checkbox"/>
Frais liés à l'incontinence					€/mois

2-Intervenants choisis par le résident **mis en place à compter du**

Services prestataires	Service mandataire	Emploi direct

3-Commentaires :

Fait le :

Par :