





	<b>DOSSIER D'ADMISSION UNIQUE</b>		Page 8/23
	Version <b>C</b>	Date d'application <b>17/10/2016</b>	Codification <b>SOIN-PT08-EN01</b>

## PARTIE MÉDICALE VOLET B

### Grille Nationale A.G.G.I.R.

#### Méthode de remplissage pour la grille nationale A.G.G.I.R. ci-jointe.

Le degré de perte d'autonomie est à évaluer par le médecin à l'aide de la grille nationale A.G.G.I.R. (Autonomie **G**érontologie **G**roupes **I**so-**R**essources) sur la base de **variables** relatives à la perte d'autonomie physique et psychique et des activités domestiques et sociales.

Chaque variable doit recevoir l'évaluation A, B ou C.

**A** : Bon, fait seul, totalement, régulièrement et correctement.

**B** : Fait partiellement ou irrégulièrement ou incorrectement.

**C** : Ne fait pas (ne sait pas, ne peut pas ou ne veut pas le faire).

Certaines variables se subdivisent en sous variables.

Par exemple, la variable Toilette se subdivise en :

- toilette du Haut (visage, tronc, membres supérieurs) et
- toilette du Bas (régions intimes, membres inférieurs).

Dans ce cas, il suffit de répondre à chacune des sous variables pour déterminer la valeur qui convient à la variable principale : Toilette.



# DOSSIER D'ADMISSION UNIQUE

Page 9/23

Version  
**C**

Date d'application  
**17/10/2016**

Codification  
**SOIN-PT08-EN01**

Variables Discriminantes	DEPENDANCE PHYSIQUE ET MENTALE	Évaluation			
		A	B	C	
▶ <b>Cohérence</b>	Converser et se comporter de façon sensée par rapport aux normes admises	<b>Communication</b>			
		<b>Comportement</b>			
▶ <b>Orientation</b>	Se repérer dans le temps (jour/nuit, matin/ soir), dans les lieux habituels ou non ...	<b>Dans le temps</b>			
		<b>Dans l'espace</b>			
▶ <b>Toilette</b>	Faire seul, habituellement et correctement, sa toilette du haut et du bas du corps.	<b>Haut</b>			
		<b>Bas</b>			
▶ <b>Habillage</b>	S'habiller, se déshabiller, seul, totalement et correctement.	<b>Haut</b>			
		<b>Moyen</b>			
		<b>Bas</b>			
▶ <b>Alimentation</b>	S'alimenter seul et correctement. On considère que les aliments sont <u>déjà préparés</u> .	<b>Se servir</b>			
		<b>Manger</b>			
▶ <b>Élimination</b>	Assurer seul et correctement l'hygiène de l'élimination.	<b>Urinaire</b>			
		<b>Fécale</b>			
▶ <b>Transferts</b>	Passer seul, d'une des 3 positions (debout, assis, couché) à une autre, dans chaque sens.				
▶ <b>Déplacement Intérieur</b>	Se déplacer seul à l'intérieur (éventuellement avec canne, déambulateur ou fauteuil roulant).				
▶ <b>Déplacement Extérieur</b>	Se déplacer seul à l'extérieur en tenant compte de l'environnement : obstacles, escaliers, transports en communs.				
▶ <b>Communication à distance</b>	Pouvoir utiliser les moyens de communication (téléphone, alarme, sonnette) <b>dans le but d'alerter</b> .				
Variables Illustratives	DEPENDANCE DOMESTIQUE ET SOCIALE	Évaluation			
		A	B	C	
▶ <b>Gestion</b>	Gérer seul ses propres affaires, son budget, ses biens. Connaître la valeur de l'argent.				
▶ <b>Cuisine</b>	Préparer seul ses repas et les conditionner avant de s'alimenter.				
▶ <b>Ménage</b>	Effectuer seul l'ensemble des travaux ménagers.				
▶ <b>Transport</b>	Prendre seul, ou éventuellement commander, un moyen de transport.				
▶ <b>Achats</b>	Acheter régulièrement, éventuellement par correspondance, les produits indispensables à son alimentation, son hygiène ....				
▶ <b>Suivi du traitement</b>	Suivre seul et observer correctement les prescriptions médicales ou diététiques.				
▶ <b>Temps libre</b>	Exercer seul, une ou plusieurs activités de loisir, de distractions diverses, sportives, culturelles.				



# DOSSIER D'ADMISSION UNIQUE

Page 10/23

Version  
C

Date d'application  
17/10/2016

Codification  
SOIN-PT08-EN01

## PARTIE MÉDICALE VOLET C

### Informations en lien avec les troubles cognitifs

★ **Diagnostic** : \_\_\_\_\_ établi le : \_\_\_\_\_

Par : \_\_\_\_\_ Etablissement/Service : \_\_\_\_\_

★ Une annonce du diagnostic a-t-elle été faite au patient :  Oui  Non / à l'aidant  Oui  Non  
Si oui, à quelle date : \_\_\_\_\_

★ Une consultation mémoire a-t-elle été réalisée ?  Oui  Non

Si oui, date : \_\_\_\_\_

Etablissement / Service : \_\_\_\_\_

Réalisé par : \_\_\_\_\_

Score MMS : \_\_\_\_\_

Est-elle envisagée ?

★ **Traitement médicamenteux en place associé aux troubles cognitifs et date de sa mise en place:**

Traitements/Dosage	Posologie		
	Matin	Midi	Soir

### Troubles majeurs constatés

Troubles Psychologiques	Troubles Comportementaux	Troubles Cognitifs



# DOSSIER D'ADMISSION UNIQUE

Version  
C

Date d'application  
17/10/2016

Codification  
SOIN-PT08-EN01

## Retentissements Fonctionnels

---

---

---

---

## Répercussions sur l'aidant principal

---

---

---

Coordonnées du médecin rédacteur : .....

.....

Spécialité : .....

Fait à : ..... Le : .....

Signature et cachet du praticien :

**SECRET MEDICAL** : Dossier médical à envoyer à Soins et Santé ou à remettre à la famille sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmière coordinatrice des soins.