

**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<sup>ère</sup>** 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
<b>Toilette, habillage, déshabillage</b> : 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"/>	.....
<b>Elimination</b> : 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"/>	.....
<b>Déplacement</b> : en salle à manger, accompagnement au repas	Matin			<input type="checkbox"/>	.....
	Midi			<input type="checkbox"/>	.....
	Goûter			<input type="checkbox"/>	.....
	Soir			<input type="checkbox"/>	.....
<b>Alimentation</b> : besoin d'aide pour manger				<input type="checkbox"/>	.....
<b>Tâches ménagères</b>				<input type="checkbox"/>	.....
<b>Frais liés à l'incontinence</b>					€/mois

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

Services prestataires	Service mandataire	Emploi direct

3-Commentaires :

Fait le :

Par :