

FORMULAIRE MÉDICAL

IDENTIFICATION DU PENSIONNÉ

Numéro de sécurité sociale (NIR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM _____ Prénoms _____

Date de naissance _____ Lieu de naissance _____

NATURE DU (DES) HANDICAP(S) JUSTIFIANT LA DEMANDE (diagnostic, étiologie, région anatomique concernée) *

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

TRAITEMENTS MÉDICAUX / RÉÉDUCATION / SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION ET OBSERVATIONS UTILES

PRESTATION DEMANDÉE *

Pour une aide à domicile, préciser le nombre d'heures par mois et la période

Fait à le

* champs obligatoires

Signature et cachet du médecin

GRILLE AUTONOMIE GERONTOLOGIE GROUPES ISO-RESSOURCES (AGGIR) à compléter *uniquement* pour une aide au maintien à domicile

Fait seul(e) totalement, habituellement, correctement

A

Fait partiellement

B

Ne fait pas

C

VARIABLES DISCRIMINANTES	ASSURE	CONJOINT
COHERENCE – Converser et/ou se comporter de façon sensée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORIENTATION – Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOILETTE HAUT DU CORPS – Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOILETTE BAS DU CORPS – Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE HAUT – Le fait de passer les vêtements par la tête et/ou les bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE MOYEN – Le fait de boutonner un vêtement, mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture et des bretelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE BAS – Le fait de passer les vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, bas et chaussures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTATION : SE SERVIR – Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTATION : MANGER – Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELIMINATION URINAIRE – Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELIMINATION FECALE – Assurer l'hygiène de l'élimination fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSFERTS – Se lever, se coucher, s'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR – Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR – A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMMUNICATION A DISTANCE – Utiliser téléphone, alarme, sonnette dans le but d'alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GIR :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VARIABLES ILLUSTRATIVES	ASSURE	CONJOINT
GESTION – Gérer ses affaires, son budget, se servir de l'argent, faire ses démarches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUISINE – Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MENAGE – Effectuer l'ensemble des travaux ménagers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSPORTS – Prendre et/ou commander un moyen de transport (au moins une fois par semaine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACHATS – Faire des acquisitions directes ou par correspondance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUIVI DU TRAITEMENT – Se conformer à l'ordonnance de son médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE – Avoir des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs, de passe-temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait à le	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Signature et cachet du médecin </div>	