

COHÉRENCE

Comportement

- La personne gère-t-elle ses papiers et ses rendez-vous ? oui non
La personne se met-elle en danger ? oui non
La personne a-t-elle des réactions inadaptées (*violence, cris, replis sur soi...*) ? oui non
La personne a-t-elle souvent « les idées embrouillées » ? oui non

Communication

- La personne peut-elle téléphoner ? oui non
La personne comprend-elle les phrases simples ? oui non
La personne peut-elle exprimer des besoins simples ? oui non

Mémoire

- La personne oublie-t-elle souvent des faits récents ? oui non
La personne doit-elle être guidée pour des tâches simples qu'elle faisait seule auparavant ? oui non

Précisions :

ORIENTATION

- La personne se retrouve-t-elle chez elle ? oui non
La personne différencie-t-elle bien le jour de la nuit, le matin de l'après-midi ? oui non
La personne connaît-elle les heures des repas ? oui non
La personne repère-t-elle les visites régulières (famille, aide à domicile ...) ? oui non
La personne se repère-t-elle dans de nouveaux lieux ? oui non

Précisions :

Je soussigné(e) M. ou Mme (nom et prénom)

Certifie exacts les renseignements fournis sur ce document.

SIGNATURE de la personne âgée ou de son entourage, en précisant le lien avec la personne âgée

Date : le / /

Nous pourrions avoir besoin de vous contacter au sujet de ce dossier. Pouvez-vous nous indiquer :

- le numéro de téléphone de la personne qui a rempli ce dossier :

- le nom et numéro de téléphone du service d'aide à domicile (s'il y en a un) :

- le nom et numéro de téléphone du service de soins (s'il y en a un) :



Allocation personnalisée d'autonomie - APA Questionnaire familial

Vous souhaitez faire une demande d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour faciliter votre vie à domicile ?

Nous vous invitons à remplir ce questionnaire familial, avec l'aide d'une personne de votre entourage, si cela est nécessaire. Les informations recencées nous permettront de connaître votre situation afin d'adapter au mieux votre plan d'aide. Nous vous en remercions.

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone (obligatoire) :



Conseil départemental du Finistère
Direction des personnes âgées et des personnes handicapées

32 boulevard Dupleix
29 196 Quimper Cedex Tél. 02 98 76 22 46

finistere.fr

Document à remplir exclusivement par la personne âgée ou son entourage (famille, aide à domicile, aide soignante, etc.) le plus précisément possible, en répondant à toutes les questions, sans hésiter à exprimer toutes les difficultés rencontrées le jour comme la nuit.

Ce questionnaire est confidentiel et soumis au secret professionnel.

SITUATION

- La personne vit seule : oui non
- Sous protection juridique (*tutelle ou curatelle*) : oui non
- La personne a des visites régulières : oui non
(*au moins une fois par semaine*)
- La personne est aidée par la famille oui non
- La personne est aidée par une personne extérieure oui non
- Si oui : - Une aide à domicile d'une association oui non nbre d'heures / sem
- Une aide à domicile payée directement oui non nbre d'heures / sem
- Un service de soins oui non nbre d'heures / sem
- Cette aide est-elle suffisante ? oui non
- La personne voit correctement oui non aveugle
(*avec lunettes si besoin*)
- La personne entend correctement oui non sourde
(*avec appareil si besoin*)
- La personne parle correctement oui non pas du tout
- La personne a d'autres moyens pour se faire comprendre oui non
(*écriture, gestes...*)

TRANSFERTS - Ce n'est pas marcher, mais simplement changer de position : lever/coucher d'un lit, assis/debout d'une chaise

Changement de position, même avec une aide technique (*potence, déambulateur, siège releveur, lit médicalisé...*)

- La personne se lève-t-elle seule de son lit ? oui non parfois
- La personne se couche-t-elle seule dans son lit ? oui non parfois
- La personne se lève-t-elle seule d'une chaise ? oui non parfois
- La personne s'assied-elle seule sur une chaise ? oui non parfois
- Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence :

DÉPLACEMENTS EXTÉRIEURS

- La personne se déplace-t-elle seule à l'extérieur sans moyen de transport ? oui non
- La personne peut-elle utiliser seule un moyen de transport ? oui non

DÉPLACEMENTS INTÉRIEURS - Marcher seul, sans aide ou avec une canne ou un déambulateur. C'est aussi rouler seul son fauteuil.

L'intérieur est constitué des pièces à vivre : chambre, cuisine ou salle à manger, salle de bain, W.C., couloir, boîte aux lettres, local poubelle.

- La personne se déplace-t-elle seule à l'intérieur ? oui non certaines pièces citées
- La personne tombe-t-elle ? oui non plus d'1 fois / semaine
- La personne utilise-t-elle : - une canne oui non
- un déambulateur oui non
- un fauteuil roulant oui non

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence :

TOILETTE

On ne tient pas compte de la toilette du dos seul ou du shampoing, des soins de manucurie, de pédicurie, ni du brossage des dents

- La personne fait seule sa toilette, de manière satisfaisante et sans incitation ?
- Le haut du corps (*visage, rasage, torse, aisselles, mains, bras*) oui non en partie
- Le bas du corps (*toilette intime, pieds, jambes*) oui non en partie
- La personne prépare-t-elle seule ses affaires de toilette ? oui non

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence :

COMMUNICATION A DISTANCE

- La personne peut-elle utiliser seule un téléphone, une alarme, une sonnette ? oui non en partie

ÉLIMINATION URINAIRE

- La personne a-t-elle des pertes d'urine incontrôlées le jour ? oui non fuites
- La personne a-t-elle des pertes d'urine incontrôlées la nuit ? oui non fuites
- La personne porte-t-elle des protections ? oui non le jour la nuit
- La personne change-t-elle SEULE ses protections ? oui non parfois

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence :

ÉLIMINATION DES SELLES

- La personne a-t-elle des pertes fécales incontrôlées ? oui non parfois
- La personne s'essuie-t-elle correctement ? oui non
- La personne porte-t-elle des protections ? oui non
- La personne change-t-elle SEULE ses protections ? oui non parfois

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence :

HABILLAGE - On ne tient pas compte des bas à varices ni des chaussettes de contention

- La personne s'habille-t-elle de manière satisfaisante :
- Le haut du corps (*chemise, pull, etc.*) oui non en partie
- Le bas du corps (*slip, collants, chaussettes, chaussures, pantalon, jupe...*) oui non en partie
- Boutonnage, lacets, ceintures, bretelles... oui non en partie
- Sort-elle seule ses vêtements ? oui non
- Change-t-elle seule de linge quand il est sale ? oui non

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence :

DÉSHABILLAGE

- La personne se déshabille-t-elle seule ? oui non en partie

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence :

ALIMENTATION - On part du principe que, comme dans les restaurants, les plats sont sur la table

- La personne peut-elle se servir seule ? oui non en partie
(*couper la viande, se servir à boire, peler un fruit, ouvrir un yaourt, prendre du pain*)
- La personne doit-elle être stimulée pour se servir ? oui non
- La personne mange-t-elle seule ? oui non en partie
- La personne mange-t-elle proprement ? oui non
- La personne doit-elle être stimulée pour manger ? oui non parfois
- La personne a-t-elle des difficultés pour avaler (*fausse route*) ? oui non

Si oui, fréquence

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence :